

125

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)



ANNÉE 1911

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Joseph SZPER

Né le 13 février 1883, à Sulmerzyce (Russie)

DE LA

CYSTECTOMIE TOTALE

CHEZ LA FEMME

DANS LES NÉOPLASMES VÉSICAUX

Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
Clinique gynécologique.	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile.	POZZI
Clinique thérapeutique.	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

- M. LE DOCTEUR MARION, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
- M. LE DOCTEUR FAISANS, médecin de l'hôpital Beaujon.
- M. LE PROFESSEUR QUÉNU, professeur de Clinique chirurgicale, chirurgien de l'hôpital Cochin, chevalier de la Légion d'honneur.
- M. LE DOCTEUR PIERRE DUVAL, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT, médecin de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur.
- M. LE DOCTEUR PROUST, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR CUNÉO, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.
- M. LE PROFESSEUR PINARD, professeur de Clinique obstétricale, membre de l'Académie de médecine.
- M. LE DOCTEUR WALLICH, professeur agrégé.
- M. LE DOCTEUR AUG. BROCA, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR AIMÉ GUINARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

Professeur de Médecine opératoire
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'honneur

PRÉAMBULE

Que la soutenance de notre thèse soit une occasion pour exprimer publiquement notre vive reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Nous avons trouvé auprès de tous le même accueil bienveillant et les mêmes bons conseils.

M. le Dr Marion fut notre premier maître ; son enseignement si clair et ses leçons si instructives à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu nous ont servi de base ; qu'il nous soit permis de lui témoigner ici notre reconnaissance.

M. le Dr Faisans nous donna les premières notions de clinique médicale au lit du malade ; son enseignement sera toujours un guide pour nous.

M. le Professeur Quénu, dans le service duquel nous avons recueilli de précieuses connaissances chirurgicales, fut pour nous un excellent et bienveillant maître ; nous lui en serons de plus reconnaissants.

Que M. le Dr Pierre Duval veuille bien accepter ici notre vive gratitude pour ses leçons si précises et si pratiques, et pour l'extrême bienveillance qu'il ne cessa de nous montrer.

M. le D^r André Petit par son enseignement si instructif et si pratique nous a donné l'image de l'excellente vieille clinique française. La bienveillance toute particulière qu'il nous montra nous faisait un devoir de lui affirmer ici notre reconnaissance.

M. le D^r Proust fut pour nous un excellent maître; son enseignement nous a été déjà maintes fois utile. L'intérêt tout particulier qu'il nous témoigna fera que nous lui garderons un souvenir plein de reconnaissance.

Que M. le D^r Cunéo daigne accepter ici notre profonde reconnaissance pour son enseignement et ses précieux conseils qu'il ne cessa de nous prodiguer au cours de ce travail. C'est sa brillante opération qui nous inspira le sujet de notre thèse.

M. le Professeur Pinard nous initia à l'art des accouchements; ses idées si nobles et si humanitaires, son enseignement excellent, nous feront toujours penser à ce maître incomparable.

Nous remercions M. le D^r Wallich pour ses leçons si pratiques et si intéressantes.

M. le D^r Aug. Broca nous donna les principes de chirurgie infantile et compléta ainsi notre éducation clinique. Notre passage dans son service ne peut nous quitter.

Que M. le Professeur Henri Hartmann, qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse, veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

DE LA

CYSTECTOMIE TOTALE

CHEZ LA FEMME

DANS LES NÉOPLASMES VÉSICAUX

INTRODUCTION

La cystectomie totale fut pratiquée pour la première fois en 1887, par Bardenheuer, de Cologne.

Il s'agissait d'un malade de cinquante-sept ans, qui présentait un cancer du bas-fond de la vessie, englobant les uretères.

Bardenheuer emprunta la voie abdominale et fixa les uretères dans la plaie. Le malade fut enlevé par urémie le quatorzième jour.

Le premier succès est dû à Pawlik, qui, en 1888, pratiqua la première cystectomie totale chez la femme, avec abouchement des uretères dans le vagin, et se trouve ainsi être le père de la méthode qui nous occupe dans ce travail.

Ensuite, plusieurs chirurgiens en France et à l'étranger tentèrent cette opération chez l'homme et chez la femme, avec une mortalité opératoire énorme et des résultats éloignés à peu près nuls.

Le point important de cette intervention, c'est un nouvel abouchement des uretères, pour assurer l'écoulement des urines.

Voici les différents points d'implantation des uretères qui ont été choisis :

a) *Rectum* (Wilms, Chalot, Martin, Giordano, Marion, Hogge, Tuffier, Trendelenburg, Cavazzani, Frisch, Tichow, Kroenig);

b) *Gros intestin* (cæcum et S iliaque) (Casatti, Giordano, Krause, Tulley, Pauchet);

c) *Rectum et peau* (Kuster, Wendel, Turetta, Krause, Lund, Garré, Schede, Woolsey);

d) *Plaie abdominale* (Bardenheuer, Wassiliew, Verhoogen Garré);

e) *Urètre* (Sonnenburg, Bardenheuer, Kummel, Albarran);

f) *Paroi lombaire* (Le Dentu, Pozzi, Rovsing);

g) *Périnée* (Hogge);

h) *Vagin* (Pawlik, Zeller, Robson, Mann, Kosinski, Seidel, Laphthorn-Smith, Pollosson, Weliaminoff, Cunéo).

Les grands progrès accomplis dans ces derniers trente ans, par la chirurgie en général et des voies urinaires en particulier, ont permis de rendre la cystectomie totale chez la femme une opération relativement facile. On pourrait ajouter que c'est une opération brillante.

Le cancer de la vessie est une affection assez fréquente.

D'après Kuster, les tumeurs de la vessie s'élèvent à 0,25 o/o des tumeurs en général, et à 3,2 o/o des maladies des voies urinaires.

La statistique de la clinique de l'hôpital Necker donne 3,9 o/o.

Gurlt trouva 66 carcinomes de la vessie sur 11.131 tumeurs, c'est-à-dire 0,6 o/o, mais il ne faut pas perdre de vue ce fait, que ces statistiques sont bien anciennes, même antérieures à l'année 1880, et qu'à cette époque nombre de tumeurs de la vessie ont dû passer inaperçues.

On a d'autant plus le droit de l'avancer, que l'on envisage le nombre d'interventions qui se sont multipliées, pour les tumeurs de la vessie, depuis que la cystoscopie a permis de diagnostiquer avec certitude ce genre d'affections.

La plus grande fréquence est attribuée au carcinome, par Baży, Dittel, Israël, tandis que les statistiques de Pousson, Thompson, Barling font pencher plutôt vers les tumeurs bénignes.

Le traitement des tumeurs de la vessie doit ressembler de tous points à celui des tumeurs ayant un siège différent dans l'économie. Il s'agit de reconnaître la tumeur de très bonne heure et de pratiquer aussitôt l'exérèse aussi large que possible. Il y va de la vie du malade.

Dans ce travail, nous nous proposons d'étudier la cystectomie totale chez la femme, en insistant tout d'abord sur les points qui la différencient de la cystectomie chez l'homme, ensuite en donnant les indi-

cations et les contre-indications à cette intervention, puis en recherchant le meilleur emplacement pour le nouvel abouchement des uretères, enfin en décrivant la technique qui nous semble la plus recommandable.

Nous rapportons ici 31 cas de cystectomie totale chez la femme. Ce sont tous les cas de cette opération qui, à notre connaissance, existent jusqu'à ce jour.

Parmi les observations, nous attirons l'attention sur notre observation personnelle inédite. Il s'agit d'une femme, opérée par notre maître, M. Bernard Cunéo; l'opération constitue un des plus beaux succès opératoires qu'on ait à enregistrer dans la chirurgie vésicale, si l'on prend en considération que l'opération date de vingt-trois mois, et que cette femme est en bon état. Depuis le cas célèbre de Pawlik, il n'existe pas, croyons-nous, d'observation signalant une survie aussi longue, dans d'aussi bonnes conditions.

JUSTIFICATION DE L'OPÉRATION

a) PREUVES EXPÉRIMENTALES

Pour établir la possibilité de la cystectomie totale dans l'espèce humaine, de nombreux chirurgiens ont fait des expériences sur les animaux. Les résultats obtenus en furent fort différents.

En 1881, Gluck et Zeller ont été les premiers à pratiquer l'extirpation de la vessie chez le chien.

Ils abouchèrent les uretères à la paroi abdominale. Les premiers résultats étaient négatifs, les expérimentateurs ayant rencontré de grandes difficultés créées par la prostate. Plus tard ils purent obtenir quelques succès.

L'anatomie spéciale du chien occasionne des difficultés opératoires plus grandes; la petitesse de l'uretère en est une, et non des moindres.

Gluck et Zeller arrivèrent à la conclusion que, pour que l'opération réussisse, les uretères doivent être implantés dans la plaie abdominale ou dans l'urètre. L'abouchement des uretères dans le rectum fut la cause de leurs échecs : les animaux, opérés de cette façon, ne tardèrent pas à succomber à cause

de l'infiltration d'urine ou de l'épanchement des fèces dans la cavité abdominale.

Ces expérimentateurs ont démontré en outre, en opérant sur le cadavre humain, que l'extirpation totale de la vessie pouvait se faire sans léser le péritoine.

Ils ont fixé aussi les uretères à une sorte de boutonnière urétrale, qu'on pourrait comparer à la boutonnière faite dans l'urétrotomie externe.

En 1888, Bardenheuer fit une nouvelle série d'essais sur les chiens. En abouchant les uretères dans le côlon ou dans le rectum, il a vu la pyonéphrose survenir fatalement au bout de quelques mois. Il remarqua, en sacrifiant l'animal au bout d'un mois, une dilatation urétérale et une uronéphrose.

En 1887, puis en 1893, Novaro essaya d'éviter l'uronéphrose consécutive.

Il s'y prit de la manière suivante : il fendait sur un côté l'orifice circulaire de l'uretère et pratiquait une entérorraphie autour de cet orifice élargi. Il se proposait d'éluder le rétrécissement subséquent à l'abouchement, cause d'uronéphrose.

Son opération réussit : les chiens ainsi opérés purent survivre bien portants pendant six mois.

Reed, en 1892, fit de nombreuses expériences.

Il pratiqua chez le chien un cloaque par abouchement d'un uretère.

De trois implantations unilatérales, deux donnèrent de bons résultats.

Il essaya ensuite sept implantations bilatérales,

mais ces dernières donnèrent des insuccès : 5 chiens succombèrent rapidement, les 2 autres présentèrent, l'un de la néphrite ascendante, l'autre de l'uronéphrose. Ces expériences furent renouvelées dans la même année, à la Société anatomique de Paris, par M. Morestin. Sur 6 chiens, 2 succombèrent de pyélonéphrite et 4 autres présentèrent des uronéphroses tardives.

Vers 1894, Giordano et Vignoni publièrent les mauvais résultats de leurs expériences sur les chiens.

Tous les animaux opérés succombèrent de pyélonéphrite rapide ou d'uronéphrose tardive.

Soneira, dans sa thèse, cite quatre expériences de Bodri sur le chien.

Bodri ne constata pas d'accident cinq à six mois après l'opération.

De magnifiques résultats ont été obtenus par Duval et Eeston, en 1900, sur le chien. Ils se servirent du procédé de Maydl, qui offre de sérieuses garanties pour l'intégrité des reins.

Nous pouvons conclure, d'après les résultats obtenus chez les animaux, que la cystectomie totale est une opération physiologiquement justifiée.

b) PREUVES CLINIQUES

(Professeur Pawlik, Prague, in *Wiener Med. Wochenschrift*,
1891, XLI, 1814.)

De l'extirpation de la vessie

La malade se présenta pour la première fois à la clinique du professeur Pawlik, le 16 juin 1888, pour une hématurie continuelle.

Le cathétérisme de deux uretères a mis les reins hors de cause : après dilatation de l'urètre on a pu constater dans la vessie, au moyen de l'endoscopie et au doigt, la présence d'un polype de la grosseur d'une amande, à pédicule grêle. On pratiqua une fistule artificielle vésico-vaginale et le pédicule du polype fut excisé en coin au thermocautère. On referma ensuite la fistule vésico-vaginale.

La guérison complète s'ensuivit et la femme quitta la clinique le 28 juillet 1888. Un an après, le 11 juillet 1889, elle est revenue à la clinique dans un état d'anémie et d'émaciation très prononcé.

Elle se porta bien pendant huit mois après l'opération, puis l'hématurie sans rémission se rétablit. L'endoscopie de la cavité vésicale montra de multiples papillomes à large base d'implantation ; de cet état de choses on posa le diagnostic de néoplasme malin, ce qui fut confirmé plus tard par l'examen microscopique.

Le professeur Pawlik conçut le plan d'amener d'abord les

deux uretères à la paroi antérieure du vagin, puis d'extirper la vessie et de former une nouvelle vessie aux dépens de l'urètre et du vagin.

3 août 1889. — Il pratiqua sur les deux uretères l'opération suivante :

Après l'introduction d'une sonde métallique dans chaque uretère la femme, a été mise dans la position gèneu-cubitale (*Knieellbogelage*), le vagin incisé, en se guidant sur la sonde, sur une étendue de 2 centimètres, et l'uretère attiré fut incisé longitudinalement sur une étendue de 1 centimètre ; l'uretère fut séparé par son bout vésical et la partie supérieure de l'incision urétérale fut suturée à l'extrémité supérieure de l'incision vaginale. Ensuite la sonde fut retirée. Les uretères ont formé ainsi deux fistules artificielles urétéro-vaginales.

27 août. — Suivit l'extirpation de la vessie. Après avoir rempli la vessie avec une émulsion iodoformée pour faire saillir la paroi, l'opérateur pratiqua une incision comme pour une taille hypogastrique (*sectio alta*) sans ouvrir le péritoine, et disséqua la vessie par cette ouverture en l'isolant du péritoine qui la recouvrait jusqu'à l'orifice postérieure de l'urètre, puis la vessie fut vidée de l'émulsion iodoformée qu'elle renfermait et la plaie hypogastrique tamponnée avec de la gaze iodoformée pour arrêter l'hémorragie.

Ensuite la paroi antérieure du vagin fut incisée transversalement, immédiatement au-dessus du bourrelet urétral, la vessie attirée par cette ouverture suffisamment grande dans le vagin et sectionnée au niveau de la partie la plus profonde de l'urètre, contre le col vésical.

A ce moment la malade tomba dans le collapsus. On pra-

tiqua une injection hypodermique de 300 centimètres cubes de sérum physiologique chaud ; la malade revint à elle.

La paroi antérieure du vagin fut suturée à la paroi antérieure de l'urètre, et la paroi postérieure fut réunie après avivement circulaire à la paroi correspondante du canal.

Avant de nouer les fils, on introduisit par l'urètre une sonde dans chaque uretère.

Fermeture de la plaie abdominale jusqu'à sa partie la plus inférieure, d'où sortaient les mèches de gaze.

Malgré le collapsus pendant l'opération, les suites furent relativement bonnes ; mais par suite du danger, la colpocléisis fut pratiquée précipitamment et le milieu de la réunion de la paroi antérieure du vagin avec la paroi antérieure de l'urètre ne se referma pas ; il s'établit une fistule qui fit communiquer la paroi antérieure avec la cavité rétro-symphysienne.

La nutrition de la malade fut très mauvaise et ne permit pas de songer aux nouvelles interventions. On s'occupa surtout du relèvement des forces.

L'ouverture du bout inférieur de la plaie hypogastrique se referma seulement trois mois après l'opération.

La cavité rétro-symphysienne et la fistule qui la faisait communiquer avec le vagin, seulement huit mois après.

Un deuxième essai de fermeture du vagin (26 juin 1894) fut infructueux.

18 juillet. — Le professeur Palwik pratiqua une nouvelle colpocléisis à direction sagittale, avec un large avivement et suture par étages ; cette intervention ne laissa que subsister une fistulette derrière l'urètre.

Dans le décubitus dorsal, la malade garde déjà l'urine

pendant un temps assez long ; mais aussitôt qu'elle se relève l'urine coule par la fistule.

La femme s'aperçoit quand cette nouvelle vessie, qui présente une capacité de 400 centimètres cubes, est remplie d'urine et peut la vider spontanément au moyen de la contraction des muscles du périnée.

Il est hors de doute qu'on arrivera à fermer la fistulette et il est très probable, suivant l'observation faite jusqu'à présent, que la nouvelle vessie aura une capacité suffisante.

En tout cas, il est très satisfaisant que la malade, menacée il y a un an de mort imminente par le cancer villeux de la vessie, put entreprendre présentement un voyage à Berlin et passer ses journées à visiter la grande ville.

Cette opération est la première pratiquée de cette façon chez la femme, et obtint une approbation générale des confrères présents au Congrès.

La malade fut présentée au Congrès de Berlin de 1890, un an après l'opération.

(Zeller, in *Münchener Medicinische Wochenschrift*,
1897, p. 128.)

Extirpation de la vessie pour carcinome

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, anémiée, présentant des hématuries depuis huit semaines.

Après la dilatation de l'urètre, on sent immédiatement en arrière du sphincter, sur la paroi postérieure, des masses néoplasiques bosselées, englobant les orifices urétéraux,

n'ayant pas encore envahi la paroi de la vessie en profondeur. La taille hypogastrique prouve l'impossibilité de l'extirpation. L'examen microscopique pose le diagnostic de carcinome. On pratique l'extirpation totale de la vessie en tamponnant avec de la gaze iodoformée et on suture l'incision résultant de la taille hypogastrique. On fait une grande incision transversale au-dessus de la symphyse, on décolle le péritoine jusqu'au bas-fond; on incise le péritoine à ce niveau et on attire la vessie; suture du péritoine le plus profondément possible, de façon que le reste de l'opération puisse être extra-péritonéal.

On le décolle peu à peu du tissu conjonctif du bassin. On fait une ligature provisoire de deux uretères. On sectionne l'urètre et on le suture.

On pratique l'abouchement de deux uretères dans le vagin, qu'on se proposait de fermer plus tard par colpokléisis.

Hémorragie parenchymateuse assez abondante.

Mort, vingt heures plus tard, en collapsus.

(Laphthorn-Smith. — *Removal of the urinary bladder, in American Gynecology*, octobre 1902. *Jahresbericht Waldeyer et Posner*, 1903.)

Ce chirurgien pratiqua dans une première séance l'abouchement des uretères dans le vagin, qu'il réunit à l'urètre. Plus tard il extirpa la vessie en totalité.

(Professeur Kosinski, Varsovie. — *Centralblatt f. d. Krankheiten der Harn und Sex. Organe*. Leipzig, 1894, Band V, Heft 5, p. 250.)

Ce cas est cité par le Dr Modlinsky, de Moscou (v. B.)

Ce dernier dit avoir observé lui-même un cas semblable à celui de Pawlik pendant qu'il était assistant à la clinique du professeur Kosinski à Varsovie. Voici ce qu'il dit :

« Ce cas est encore plus compliqué, parce que la malade présentait un carcinome de l'utérus englobant la vessie. En pratiquant l'hystérectomie vaginale le professeur Kosinski se convainquit qu'il serait nécessaire d'extirper la vessie ; c'est ce qu'il fit. Les uretères furent implantés dans le vagin. La malade guérit. »

(Seidel. — *Munchener Medicinische Wochenschrift*, H. 33, 17 août 1909, p. 1709.)

Extirpation totale de la vessie

M. Seidel présente une femme de cinquante-six ans, chez laquelle il pratiqua il y a huit mois la cystectomie totale pour carcinome.

Les symptômes furent les suivants : hématuries, ténésme vésical, sensations de faiblesse, amaigrissement. L'examen cystoscopique et digital de la vessie sous anesthésie lombaire

a révélé une tumeur du bas-fond englobant les uretères, ce qui a amené à faire la cystectomie totale. Elle a été pratiquée par la voie extrapéritonéale.

Une incision transversale, pratiquée au-dessus de la symphyse intéressant les muscles droits permet de découvrir la vessie. Les uretères furent implantés dans les culs-de-sac latéraux correspondants du vagin.

Sondes uretérales à demeure pendant plusieurs jours. Le rein gauche cessa de fonctionner quelques jours plus tard et s'atrophia. Le rein droit présenta une inflammation pyélique, mais guérit.

La convalescence fut longue. Six mois après l'opération la malade était très bien remise et on lui fit porter un urinoir appliqué à une bague en caoutchouc, introduite dans le vagin, qu'elle ferme hermétiquement (*wasserdicht*).

La malade ne perd plus ses urines et se trouve suffisamment bien pour reprendre ses occupations.

Robson. — Goldenberg, in *Beitrag. z. Klin. Chir.*, 1905, t. XLIV, p. 627.)

Il s'agit dans cette observation d'une femme de quarante-deux ans, qui a déjà été opérée deux fois pour une tumeur de la vessie.

Derechef on constate une récurrence de toute la paroi vésicale. Hématuries intenses.

On enlève toute la vessie jusqu'à l'orifice postérieur de l'urètre et on implante les uretères dans le vagin.

Robson avait le dessein de pratiquer plus tard une col-pokléisis, en utilisant l'urètre restant pour créer une nouvelle vessie.

Après l'opération on constate une infection avancée du rein gauche.

Le treizième jour la malade mourut d'urémie.

Autopsie. — On trouva une pyélonéphrite préexistante.

(Professeur Auguste Pollosson de Lyon. — Thèse de Lyon, 1910. Dr Laurent de la Barre.)

C... Gertrude, cinquante-huit ans, entrée le 28 nov. 1908, dans le service du Professeur Pollosson. Bons antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Réglée à douze ans. Mariée à dix-huit ans. Le mari mort d'une tumeur de l'intestin.

Deux fausses-couches. Neuf enfants, dont trois sont morts de croup. Deux autres sont morts en bas âge. Une fille est morte à vingt-cinq ans d'une maladie sur laquelle on n'a pu avoir aucun renseignement.

Les trois enfants vivants actuellement sont bien portants. Le dernier accouchement remonte à vingt ans. La ménopause est survenue il y a quatre ans. La malade, jusque-là, n'avait présenté aucun état pathologique.

Histoire de l'affection actuelle. — L'affection actuelle a débuté il y a quatre ans. Depuis cette époque, la malade dit avoir remarqué de temps en temps du sang dans ses urines

et avoir éprouvé quelques douleurs à la miction. Les phénomènes se sont accentués depuis six mois, et la malade dit que, maintenant, ses urines sont continuellement sanglantes, et que la miction s'accompagne de douleurs très vives dans le canal. Pas de douleurs dans l'intervalle. Amaigrissement notable, pâleur et cachexie très marquées pendant ces dernières années.

Examen de la malade. — Après dilatation, on pratique le toucher intra-vésical. On trouve le bas-fonds entièrement envahi. L'infiltration se prolonge des deux côtés très haut, autour du col. Seul paraît libre le dôme vésical sur la face antérieure. Au toucher vaginal, on provoque une douleur vive à la pression du cul-de-sac antérieur.

Examen cystoscopique. — La capacité vésicale est de 75 à 84 centimètres cubes. La cystoscopie est un peu difficile. La vessie saigne facilement. On reconnaît sur le bas-fond une surface facilement tomenteuse, irrégulière, végétante, rougeâtre, avec des taches ecchymotiques et noirâtres. Il est impossible de se rendre compte du siège exact de l'orifice urétéral droit qui est certainement englobé dans l'ulcération néoplasique. A gauche, l'orifice urétéral est vu sur une saillie oedématiée, au milieu de laquelle il forme un véritable cratère. Le dôme vésical présente une vascularisation exagérée, mais pas d'ulcérations.

Opération le 26 décembre 1908. — Laparotomie transversale. Incision de Pfannenstiel. Ablation de l'utérus après recherche des uretères. A droite, l'uretère est dilaté. On se reporte sur la vessie. Le péritoine du dôme est froncé et adhérent. Incision du péritoine, à droite et à gauche, de manière à isoler cette portion de péritoine envahi (large

comme une pièce de 5 francs). Clivage de la vessie sur tout le pourtour. Ce décollement se fait facilement, cependant une petite déchirure vésicale se produit ; une pince destinée à oblitérer cette perforation effondra davantage la vessie. Dès lors ablation de la vessie par hémisection ; section des uretères, en un point assez rapproché, mais suffisamment assez haut pour qu'ils soient isolés de néoplasme. Abouchement des uretères au vagin de la façon suivante :

On les fixe à la tranche vaginale par un point au catgut. Pincement des pédicules vésicaux ; hémostase. Il reste sous le bas-fond le vagin largement ouvert, et l'urètre adhérent au-dessus.

Péritonisation atypique en fixant les deux pédicules latéraux à la face antérieure du rectum et en rapprochant le péritoine vésical sur la ligne médiane. Il reste un grand espace mort au-dessous qui communique très largement avec la paroi abdominale.

Deux mèches vaginales sont placées. Fermeture par-dessus. L'ablation de la vessie et de l'utérus a duré vingt-cinq minutes.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes.

La malade va bien jusqu'au 2 janvier, mais, à partir de ce moment, elle présente une élévation de température de 38 degrés.

8 janvier. — Morte de complications pulmonaires.

Examen de la pièce. — On constate une ulcération de la moitié inférieure de la vessie, à peu près large comme une pièce de 5 francs. Il existe autour de cette ulcération une zone infiltrée atteignant les dimensions de la paume de la main.

Les deux uretères, surtout le droit, sont comprimés et distendus en amont des néoplasme. Les orifices sont difficiles à voir. La masse néoplasique est distante de l'urètre de 1 centimètre à peu près.

Examen microscopique. — Il s'agit d'un épithélium avec formation épithéliales pleines, c'est-à-dire des boyaux épithéliaux qu'on voit sur toute l'étendue de la préparation. Les formations néoplasiques se présentent, tantôt comme des boyaux épithéliaux pleins coupés en travers, tantôt comme des cordons qui paraissent avoir au centre une lumière remplie de produits de dégénérescence.

Ailleurs, ces formations néoplasiques sont coupées en long et se présentent tantôt comme des boyaux pleins, tantôt comme des lames épithéliales à plusieurs couches orientées le long d'un axe conjonctif. Ces boyaux néoplasiques très voisins l'un de l'autre sont seulement séparés par de fines travées de tissu conjonctif.

L'infiltration néoplasique se poursuit dans toute l'étendue de la musculature vésicale.

Au fort grossissement, on constate que ces boyaux sont formés de grosses cellules néoplasiques dont presque tous les noyaux présentent des figures de vraie ou de fausse karyokinèse.

En somme, épithélioma atypique très malin.

(Professeur Auguste Pollosson. — Thèse de Lyon 1910.
Dr Laurent de la Barre.)

M^{me} X..., soixante-cinq ans.

Mariée, a eu un enfant.

Cette malade présente depuis six mois seulement quelques troubles urinaires peu caractérisés, consistant en des mictions dont la fin était un peu douloureuse et dans la persistance du besoin après la miction.

Les urines sont claires. Pas d'hémorragie. Deux fois seulement on aperçoit un petit caillot du volume d'une tête d'épingle. En somme, les symptômes ont été juste suffisants pour attirer l'attention du côté du pelvis et pour provoquer à faire un toucher vaginal.

Ce toucher vaginal a fait faire à deux médecins non spécialistes la constatation de la présence d'une induration dans le cul-de-sac antérieur.

Le professeur Pollosson a vu la malade, pour la première fois, le 5 janvier 1910. Par le toucher vaginal, il a constaté une induration du bas-fond de la vessie, siégeant en arrière de l'urètre, dans la région du trigone.

Cette induration semble avoir une base large comme une pièce de 5 francs, et l'épaisseur semble être de 2 à 3 centimètres. Les limites de cette induration sont assez diffuses. L'utérus est perçu mobile en arrière, et la mobilité montre que la tumeur est indépendante de l'utérus. Cet examen permet de faire le diagnostic de la tumeur de la vessie.

Le professeur Pollosson décide pour confirmer le diagnostic ;

- a) Un examen endo-vésical au cystoscope ;
- b) Un toucher digital intra-vésical après dilatation de l'urètre.

L'examen cystoscopique est fait par le D^r Violet.

Examen cystoscopique. — La capacité vésicale est conservée. On peut injecter 120 cme. 3 dans la vessie, ce qui facilite l'examen.

On constate au niveau du trigône, dans la partie droite de la vessie, une saillie rougeâtre du volume d'une cerise, située entre l'orifice urétéral et le col. L'orifice urétéral gauche est normal.

A droite, l'orifice urétéral est vu sous la forme d'une fente plus longue que normalement, reposant sur une surface congestionnée.

La conclusion de l'examen cystoscopique est la suivante : il existe une tumeur de la moitié droite du trigone, tumeur qui n'a pas l'aspect papillaire ; elle est partiellement ulcérée, et il est permis de penser à pratiquer une hémicystectomie.

Le professeur Pollosson pratique ensuite une exploration intra-vésicale digitale sous anesthésie. On dilate l'urètre aux bougies d'Hégar, jusqu'au n^o 12, c'est-à-dire de manière à pouvoir introduire le petit doigt ; on finit par passer les autres doigts, jusqu'à l'index, et on fait le toucher vaginal et le toucher vésical.

Cette exploration montre que l'infiltration dépasse les limites indiquées par la cystoscopie, qu'elle atteint la ligne médiane, la dépasse un peu en certains points, surtout du

côté droit; qu'elle envahit l'orifice urétéral droit, et qu'elle avoisine la gauche.

Une intervention est décidée. Suivant le plan opératoire, elle comprendra l'hystérectomie, la dissection des uretères, l'ouverture de la vessie et la résection plus ou moins étendue du réservoir vésical en dehors des limites de la tumeur.

Cette opération est pratiquée le 14 février 1910.

L'utérus est enlevé suivant la technique de Wertheim.

Laparotomie par incision de Pfannenstiel à laquelle on ajoute l'incision médiane de l'aponévrose des grands obliques jusqu'au bord du pubis.

Ablation de l'utérus et des annexes, dissection des uretères. Cette dissection montre que le gauche est normal et que le droit est distendu et a le volume du petit doigt.

Après l'ablation de l'utérus, la vessie est incisée transversalement sur sa face postérieure à un niveau supérieur à celui de la tumeur. On procède à l'excision de la vessie, dans la zone correspondant à la tumeur, mais on constate que cette dernière dépasse, dans la profondeur à l'état d'induration cancéreuse, la zone de bourgeonnement de la surface. On constate donc que la portion de la vessie à conserver est insignifiante, et on se décide à pratiquer la cystectomie totale.

Les uretères sont sectionnés en arrière de la vessie. Cet organe est enlevé en totalité, en faisant porter le clivage en tissu sain. Les uretères sont fixés à la tranche vaginale par un point au catgut.

L'ablation de la vessie ne comporte aucune hémorragie, et comme dans l'opération précédente, l'ablation totale de la vessie et de l'utérus a duré vingt-cinq minutes.

Péritonisation.

L'ensemble de l'opération a duré une heure, y compris la suture de la paroi.

Examen des pièces enlevées pendant l'opération. — Les pièces comprennent : un utérus enlevé avec les annexes et ses ligaments larges, et la vessie.

Examen macroscopique. — Du côté de la vessie, on aperçoit sur le côté droit du bas-fond, en avant de l'orifice urétéral droit, une saillie du volume d'une petite noix, rouge, ulcérée, reposant sur une infiltration qui gagne les plans profonds, sur une étendue d'une pièce de 5 francs.

Il reste adhérent à l'organe, une certaine longueur de l'uretère droit (3 centimètres environ). Cet uretère est distendu, hypertrophié au niveau de la coupe. Il est stricturé dans sa traversée vésicale par l'induration néoplasique. Le méat urétéral est conservé et vient s'ouvrir dans un sillon formé par le néoplasme. La saillie et l'ulcération néoplasique s'étendent en bas du côté de l'urètre, jusqu'à 1 centimètre de l'orifice interne.

La portion gauche de la vessie est moins atteinte par le néoplasme. L'orifice urétéral gauche vient s'ouvrir en un point situé un peu plus bas que le droit, dans une zone de muqueuse saine. Mais la portion infiltrée de la tumeur n'en est distante que d'un demi-centimètre, si bien qu'il eût été impossible, en voulant enlever le néoplasme d'une façon satisfaisante, de ménager l'orifice urétéral. Cet uretère gauche a été sectionné beaucoup plus près de la vessie, au ras de sa portion interstitielle.

Examen microscopique. — Il s'agit d'un épithélioma atypique, formé par des boyaux épithéliaux pleins, en général

petits, serrés les uns contre les autres, infiltrant les espaces conjonctifs et dissociant çà et là les espaces intermusculaires.

A un fort grossissement, on voit que ces boyaux épithéliaux sont formés de grosses cellules à noyaux prenant fortement les colorants. On voit, par endroits, que les cellules néoplasiques essaient et forment des groupes de volume et de forme irrégulière.

Il est impossible de reconnaître à ce niveau la muqueuse qui a été complètement détruite.

L'infiltration néoplasique gagne déjà la sous-muqueuse, où on voit de fins tractus musculaires lisses séparant les productions néoplasiques. En plein muscle, on trouve une inflammation considérable, des formations nodulaires nombreuses, et on voit qu'il existe à la périphérie de ces formations nodulaires, des cellules néoplasiques.

Suites opératoires. — Suppuration de la paroi. Bon état général et local pendant la première semaine. A ce moment, on est obligé de faire sauter les sutures cutanées, en raison de la suppuration de la paroi. L'écoulement des urines se fait par le vagin, et pendant la deuxième et troisième semaine s'éliminent de petits débris sphacéliques de tissu cellulaire du ligament large. L'irritation vulvaire est très pénible pour la malade pendant les premiers temps. Aussi, le professeur Pollosson fait-il faire un petit appareil en verre de forme ovoïde ouvert largement à sa partie supérieure et pourvu à sa partie inférieure d'un ajutage auquel s'adaptait un tuyau de caoutchouc.

Cet appareil était laissé à demeure dans le vagin et n'était enlevé qu'une fois par jour pour faire un lavage. A partir de

ce moment, toutes les urines étaient conduites du vagin dans un urinal sans filtration aucune entre l'appareil et les parois vaginales. Les inflammations vulvaires et vaginales inférieures disparurent rapidement, et cet appareil était très bien toléré par la malade.

L'état général est allé en s'améliorant progressivement. Les urines étaient claires. La cicatrisation s'est faite régulièrement.

La malade a commencé à se lever à la quatrième semaine et elle reprenait des forces, sans avoir cependant retrouvé son appétit complet.

Cette malade a quitté la maison de santé le 7 mars 1910. Elle a fait ce jour-là le voyage de Lyon à Paris, voyage bien supporté. Le soir de ce voyage, rentrée chez elle, elle était en bonne santé et très satisfaite.

C'est dans la nuit qui a suivi que sont survenus d'une façon tout à fait brusque des accidents très effrayants et de la plus haute gravité : douleur abdominale intense, vomissements et tendance syncopale. C'était presque les signes d'une péritonite aiguë. Le lendemain, ces symptômes se sont légèrement atténués au point de vue douleur, mais l'état général est resté grave. La malade a succombé quarante-huit heures ou trois jours après le début de ces accidents.

Les renseignements que le professeur Pollosson a eu des médecins qui ont observé la malade les derniers jours, ne permettent pas de porter un diagnostic affirmatif sur ce qui s'est passé. Il pense toutefois que ces accidents s'expliquent pour le mieux par l'hypothèse d'un arrachement d'un uretère ou

des deux uretères de leur nouvelle insertion vaginale et d'une invasion du péritoine par l'urine déversée.

Cette hypothèse tendrait à faire penser qu'il y a, au point de vue opératoire, à bien se préoccuper de la fixité des bouches urétérales et de la diminution de tension de ces conduits.

Ces précautions devraient consister, par exemple :

1° A ménager autant que possible la longueur du conduit vaginal et à ne pas laisser perdre une portion quelconque de la longueur de ce conduit ;

2° Peut-être même pourrait-on, par des incisions libératrices, mobiliser un volet vaginal qui pourrait s'élever plus facilement et diminuer la tension ;

3° Il importerait, en outre, de ne pas fixer les uretères simplement à la section du vagin, mais de les aboucher d'une façon plus sûre à deux petites boutonnières faites à la paroi vaginale au-dessous de la ligne de section ;

4° On pourrait également chercher à fixer à l'angle inférieur de la paroi abdominale la paroi supérieure du vagin, pour en diminuer la tension.

(Professeur Veliaminoff, in *Bolnitchnaïa Gazeta Botkina*,
1899, p. 570.)

Il s'agit d'une malade de quarante-cinq ans, qui n'a pas d'antécédents pathologiques. Elle entra dans la clinique le 9 janvier 1899.

La maladie débuta par des douleurs perçantes au-dessus du pubis, dans le courant du printemps 1898. Au mois d'août suivant, la malade présenta une pollakiurie en même temps qu'apparut un dépôt blanc dans les urines. Les médecins posèrent d'abord le diagnostic de cystite, puis de lithiase vésicale.

Plus tard, à la symptomatologie s'ajoutèrent : l'incontinence d'urine, ténesme, hématuries abondantes et expulsion des caillots sanguins, par l'urètre.

Examen. — On trouva la femme anémiée et cachectisée.

Au-dessus du pubis, on sentait une tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'une tête d'enfant, douloureuse, mais relativement mobile, appartenant au petit bassin.

Le toucher vaginal combiné au toucher rectal montra l'utérus indemne et confirma l'idée de tumeur vésicale.

En introduisant une sonde dans la vessie on eut l'impression de plonger dans du gruau, mais on dut abandonner cet examen à cause d'une sensibilité extrême de la vessie.

Sous microscope on trouva des cristaux de phosphates, des cellules épithéliales pavimenteuses, des globules blancs et des globules rouges.

L'opération eut lieu le 17 janvier 1899.

La malade étant dans la position de Trendelenburg, on pratiqua une incision transversale d'après ce dernier, qui amena directement sur la tumeur.

La tumeur ayant contracté des adhérences avec le péritoine, il fut impossible de l'enlever du petit bassin. On dut réséquer la partie adhérente du péritoine en reculant en haut à la compresse les anses intestinales tombantes.

La tumeur s'énucléa tantôt à l'instrument tranchant, tantôt à l'instrument contondant.

Une fois arrivé sur les uretères, Veliaminoff les sépara de la vessie et les aboucha dans *le vagin*. Enfin l'urètre fut sectionné au niveau de la tumeur et toute la cavité spacieuse remplie aux tampons de Mikulicz. Les quatre premiers jours après l'opération, la malade allait relativement bien. Le cinquième jour, le pouls augmenta de fréquence, la température restant basse, le hoquet, la langue saburrale, donnèrent le tableau complet de septicémie.

Les injections de sérum physiologique améliorèrent la situation pour un temps donné, néanmoins la malade mourut le huitième jour. D'après Veliaminoff, la mort fut due non à une péritonite septique, dont les symptômes manquaient, mais à l'auto-intoxication par parésie intestinale.

L'autopsie a pleinement confirmé cette présomption.

(Straus, in *Zeitschrift für Urologie*, octobre 1909, suppl. n° 3.)

Extirpation totale de la vessie pour carcinome

Il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans, très obèse et anémiée, dont le mari mourut d'un carcinome de la vessie, récidivé deux ans après l'opération.

La femme présenta une dysurie et une hématurie presque sans rémission.

La vessie était excessivement sensible et n'admettait pas plus de 10 centimètres cubes de solution boriquée.

En anesthésiant la vessie à la cocaïne, on arriva à pratiquer une cystoscopie, qui révéla une tumeur à gauche de l'uretère droit.

Autour du bas-fond, la muqueuse vésicale est œdématiée. A gauche tout le bas-fond est pris par la tumeur.

La malade demeura en observation durant quatre semaines.

Le ténesme augmenta d'intensité et la capacité vésicale diminua graduellement. Ceci et la situation de la tumeur m'ont paru une indication suffisante pour intervenir.

28 octobre 1908. — On pratiqua une cystectomie totale. Sous une anesthésie profonde la vessie n'admet que 55 centimètres cubes.

Incision transversale intéressant la peau et les muscles.

Le péritoine est ouvert et suturé en un endroit.

L'hémostase est difficile. L'uretère gauche est sectionné,

l'uretère droit est séparé de la vessie. La vessie est sectionnée au niveau de l'urètre.

La plaie est tamponnée par la méthode de Mikulicz. L'opération dura cinquante-cinq minutes.

C'est alors qu'on pratique une incision lombaire à gauche et l'on va à la recherche de l'uretère.

L'uretère trouvé est coudé sur son bout inférieur et introduit de toute sa longueur dans la plaie lombaire, sans être fixé. La plaie lombaire est suturée. On introduit dans l'uretère une sonde de Nélaton 12. L'opération dura vingt-deux minutes.

L'état de la malade ne permet pas de pratiquer la même opération à droite.

Injections de sérum, de digitaline et d'huile camphrée. Dans le courant de la journée quelques gouttes d'urine mélangées à du sang sortirent par la sonde introduite dans l'uretère gauche.

On fit un lavage de la sonde craignant qu'elle ne fût bouchée. La sécrétion ne se rétablit pas.

La température est de 38 degrés le soir. Le pansement vésical est sec. Le pouls est bon.

29 octobre 1908. — Le tampon de Mikulicz est sec. L'uretère gauche n'émet pas d'urine.

On pratique l'uréterostomie droite de la même façon qu'à gauche. On remarque que l'uretère droit est bifide sur une étendue de 10 centimètres. On le sépare, on le fixe à la peau et on introduit une sonde. L'opération dura vingt-cinq minutes.

Durant cette journée l'uretère droit émit 65 centimètres cubes d'urine environ ; rien du côté gauche.

La malade est somnolente dans la journée.

La température est de 38 degrés le soir. La mort survient à 10 heures du soir.

Straus émet deux hypothèses pour expliquer la mort de sa malade :

1° Choc opératoire.

2° Urémie.

La malade âgée de cinquante-neuf ans présentait une adipose généralisée et le muscle cardiaque en hypofonctionnement. En outre, elle a été anémiée par les pertes sanguines.

Au moment de l'opération la malade perdit une grande quantité de sang.

Le cœur n'était plus capable d'assurer la circulation rénale. Cela explique l'arrêt de fonctionnement du rein gauche et le travail insuffisant du rein droit.

En outre on pourrait supposer une anurie d'origine réflexe.

Les manipulations sur l'extrémité distale de l'uretère au moment de sa séparation de la vessie pouvaient provoquer l'anurie réflexe.

Cela m'amène à croire que cette intervention, pratiquée d'après Rovsing, est beaucoup trop difficile à supporter, et elle a été la cause directe de la mort de ma malade. Je pense que la méthode de Rovsing n'est guère recommandable.

RÉSUMÉ

(Professeur Albarran, thèse Bensa. Paris, 1896.)

Il s'agit d'une malade de cinquante et un ans qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Cette femme présenta comme premier symptôme, en juin 1895, une hématurie terminale, finit par du sang pur, peu abondant.

Dès le mois de juin, l'hématurie terminale se répétait à chaque miction. Parfois l'hématurie cessait pendant quinze à vingt jours.

En mars 1896, mictions plus fréquentes, hématurie à toutes les mictions.

Examen cystoscopique, le 15 mai 1896. — Vessie tolérante : 150 grammes. On trouve un néoplasme en partie ulcéré. Il siège dans la partie droite de la vessie au niveau de l'angle que fait le dôme vésical avec le bas-fond sans arriver à toucher l'uretère, dont elle est éloignée de plus de 1 centimètre.

Cette tumeur, probablement carcinomateuse, est dure, plutôt lisse que soyeuse et ulcérée.

Opération. — Le 10 juin M. Albarran pratique l'extirpation de la vessie.

On anesthésie au chloroforme. Position de Trendelenburg. Injection de 150 à 180 grammes. Incision commençant au-dessus de la symphyse, se continuant en bas jusqu'au cli-

toris qu'elle dépasse en s'inclinant à droite, pour éviter les déchirures ultérieures.

On découvre ainsi le pubis. Avec un doigt on cherche l'interstice et on sectionne le cartilage avec un fort bistouri.

On écarte les jambes de la malade ; l'ouverture du pubis atteint alors 3 à 4 centimètres.

La vessie, largement découverte, est ponctionnée.

Il se produit une hémorragie à la partie inférieure de la plaie, au niveau des racines du clitoris, difficile à arrêter.

Dans la suite de l'opération, on essaie sans résultat de fermer les vaisseaux avec un fil, on a besoin finalement de faire la forcipressure.

On commence la décortication de la vessie par la paroi supérieure, mais le cul-de-sac péritonéal est ouvert accidentellement et suturé par un surjet au catgut.

On a introduit une sonde dans chaque uretère, avant de commencer la décortication.

On fait une incision médiane de la vessie. La dissection est un peu laborieuse au niveau de l'uretère, englobé par la tumeur, dans sa partie inférieure.

La moitié gauche est plus facile à disséquer.

Les sondes urétérales sont introduites dans l'urètre au moyen d'une pince à forcipressure. Il reste à aboucher l'uretère droit à la vessie au moyen de quatre fils de catgut, la sonde urétérale ayant été introduite dans l'urètre, à travers une boutonnière faite dans la paroi restante de la vessie.

On suture d'avant en arrière la paroi vésicale et on fait une autre suture comprenant les plans cellulo-adipeux voisins.

Suture de la symphyse au moyen de deux fils d'argent, après abrasion du cartilage. Sutures musculaires.

11 juin. — La malade a une éruption érythémateuse sur les membres inférieurs. Mort à 9 heures du soir.

La température a été de 36°5, 37 degrés, 37°8.

Autopsie le 13 juin 1896. — Le péritoine n'est pas enflammé et le champ opératoire en bon état, sans suppuration, ni caillots de sang. L'uretère droit est bien abouché et ne présente aucune lésion ainsi que l'uretère gauche. Reins normaux. Poumons un peu congestionnés. Foie normal. Rate normale. Cœur sain, sauf une légère surcharge graisseuse.

(Wassiljew, in *Hildebrand Jahrbuch*, 1896.)

Wassiljew opéra en 1895 une femme de trente ans.

Cette malade présentait de la pollakiurie depuis deux ans et des hématuries continuelles depuis un an. La malade se trouvait dans un état déplorable. En pratiquant le toucher rectal on constata la présence d'une tumeur dans la vessie; l'exploration digitale de l'urètre révéla des incrustations.

Wassiljew pratiqua une cystectomie totale au moyen de la taille hypogastrique. Les uretères furent implantés dans la plaie abdominale.

L'opération dura une heure et demie. Les uretères se nécrosèrent sur une étendue de 2 centimètres. On observa une légère pyélonéphrite.

Sept mois après l'opération la malade fut présentée en bon état.

Il s'agissait d'un carcinome.

(Kümmel. — *Berl. Klinik. Heft*, 59, 1893. — *Berl. Klinik. Heft*, V, 1892, p. 47.)

Opération 1890. — Femme, âgée de soixante ans.

Souffre depuis six mois de douleurs vésicales et présente des hématuries. La palpation bimanuelle et l'exploration digitale révèlent une tumeur occupant toute la paroi postérieure et le côté gauche de la vessie.

Incision longitudinale sur la ligne blanche. On extirpe la vessie dans la position haute du bassin. Le péritoine fortement adhérent est ouvert. On place une sonde dans l'uretère droit qu'on abouche dans l'urètre. L'uretère gauche n'a pu être drainé. Morte le lendemain en collapsus.

(Giordano *in* Boari. — *Chirurgia dell' Uretere*. Roma, 1900, p. 293.)

Cystectomie totale pour carcinome de la vessie

Cancer de la vessie. Cystectomie totale. Hystérectomie. Greffe des uretères dans l'S iliaque, avec le bouton de Boari. Néphrotomie droite.

Giordano, de Venise, pour un cancer de la vessie, propagé à l'utérus, après avoir pratiqué la *sympphyséotomie* et la ligature de l'artère iliaque interne, extirpa en bloc la vessie,

l'utérus et les ganglions atteints de cancer, sans effusion de sang. Il greffa les uretères dans l'S iliaque au moyen du bouton de Boari.

La quantité de sang perdu fut minime.

L'opération ne dura que cinquante à cinquante-cinq minutes.

La malade bien rétablie après l'opération vit son état s'aggraver rapidement au bout de dix heures et la mort survint.

On ne trouva pas à l'autopsie de sang épanché dans le bassin. On constata une pyélonéphrite à gauche et un calcul dans le pôle inférieur du rein. Aorte athéromateuse. Rate atrophiée.

(Giordano, de Venise, *in* Boari. — *Chirurgia dell' Uretere*,
p. 300.)

*Sarcome étendu de la vessie propagé à la face antérieure
de l'utérus*

15 mai 1897. — Incision hypogastrique médiane avec symphyséotomie. Ablation en un seul temps de la vessie et de l'utérus, et implantation des uretères dans l'S iliaque.

L'uretère gauche, étranglé par le néoplasme, est ectasié, du volume du petit doigt.

A droite on trouva deux uretères accolés en canons de fusil, chacun d'eux présentant un volume un peu moindre qu'un uretère normal.

Le soir du même jour commença un ténesme avec émission des urines sanguinolentes et tout se passa bien jusqu'au 23 mai (huitième jour) ; alors survinrent des phénomènes d'urémie qui allèrent en s'aggravant durant quatre jours et la malade succomba le 27 mai.

Le rein droit gros comme deux poings pèse 600 grammes, présente des foyers hémorragiques et purulents.

L'uretère correspondant est rempli de pus. Le rein gauche est moins volumineux et ne présente pas d'infection de cause récente ; la substance médullaire est diminuée et remplacée par les calices dilatés.

Pas de péritonite.

(Garré, in *Beitrag z. Chirurgie*, 1901, p. 581.)

*Cystectomie totale pour un cancer colloïde
de la vessie exstrophée*

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, journalière, qui présente une exstrophie de la vessie et immédiatement à droite de la vessie exstrophée une tumeur, de 4 cm. 1/2 de largeur et de 5 cm. 1/2 de hauteur, verruqueuse, dure, à surface ulcérée. La tumeur, douloureuse au toucher, s'étend jusqu'au milieu de la paroi vésicale et saigne facilement.

Opération le 31 mars 1908. — On introduit une sonde dans chaque uretère et on incise la tumeur circulairement,

en portant l'incision dans la muqueuse vésicale saine à 1 centimètre de la tumeur.

Après l'énucléation de la vessie par la voie extra-péritonéale, on ouvre le péritoine et on attire l'anse sigmoïde dans laquelle les uretères sont abouchés avec 1 centimètre de paroi vésicale.

La malade a perdu pas mal de sang.

1^{er} avril 1908. — Vomissements la nuit et dans la matinée. L'urine n'a pas été émise par l'anus. On introduit un drain qui détermine une petite émission d'urine.

Température 36°9-37°5. Pouls 90-108.

2 avril. — Quelques vomissements. Langue sèche.

Douleurs à gauche. L'urine sort par le drain.

Température 37-39°9. Pouls 96-126.

3 avril. — La malade est angoissée et se plaint de douleurs dans les régions lombaires.

Le bas-ventre est un peu météorisé.

Température 37°8-38°-7. Pouls 108-126. Injection hypodermique de sérum salé.

4 avril. — Douleurs rénales, surtout à gauche.

En vingt-quatre heures la malade émit par l'anus 780 centimètres cubes d'urine mélangée aux fèces. Température 37°7-38°6. Pouls 110-120.

5 avril. — Pouls fréquent et petit.

Les jours suivants aggravation rapide de l'état de la malade, qui perd connaissance.

Émission de 300-700 centimètres cubes d'urine par jour par le drain anal.

8 avril. — Mort dans le coma.

Autopsie. — On trouva l'uretère gauche, depuis le bas-

sinet jusqu'à la ligne innominée, très dilaté, sa paroi très épaissie ressemble à une anse grêle. La muqueuse, très injectée, remplie abondamment d'urine trouble, purulente.

Urine purulente dans le bassinnet qui est également dilaté.

Dans les pyramides et dans la substance corticale des petits abcès.

L'uretère droit est également très dilaté et rempli d'urine purulente. le bassinnet correspondant dilaté et présentant le même contenu. Abcès miliaires dans le rein.

Victor Pauchet. — *Cystectomie totale pour cancer infiltré de la vessie. Abouchement des uretères dans l'intestin* (in *Archives prov. de Chirurgie*. Décembre 1907).

Il s'agit d'une malade de soixante-dix ans présentant un cancer infiltré de la vessie. En outre, une tumeur abdominale qui paraît être un kyste de l'ovaire.

Opération, le 12 octobre 1907. — La paratomie médiane.

1^o Extirpation d'un kyste du ligament large, gros comme une tête d'adulte ;

2^o Section des uretères au ras de la vessie : la section est faite entre deux ligatures ; chaque bout est mobilisé sur une longueur de 4 centimètres ;

3^o Implantation des uretères dans l'intestin. L'uretère droit est implanté dans le cœcum ; l'uretère gauche dans le rectum. L'abouchement est ainsi fait : l'uretère est fendu sur une longueur de 1 centimètre et on pratique deux

boutonnieres sur l'intestin : ces boutonnieres sont parallèles entre elles, longues de 4 millimètres chacune. Sous l'une d'elle, on fait passer l'extrémité de l'uretère et on attire cette extrémité entre les deux lèvres de l'autre incision ; de cette façon, le bout urétéral passe au-dessous du pont intestinal qui separe les deux boutonnieres ; l'uretère s'ouvre ainsi, grâce à sa fente dans la cavité intestinale.

Pour fixer l'uretère aux deux orifices intestinaux on fixe l'extrémité du bout urétéral fendu dans le surjet muco-muqueux qui ferme la boutonniere la plus éloignée ; ce surjet est lui-même enfoui dans un second surjet séro-séreux.

D'autre part, au point où l'uretère traverse la paroi intestinale par la boutonniere de pénétration, il est fixé à cet intestin par cinq ou six points séparés au fil de lin.

4^e Ligature des hypogastriques, en vue d'éviter un écoulement sanguin pendant l'extirpation de la vessie.

5^e Fixation de l'intestin et des uretères. Pour éviter toute traction ou coudure au niveau des uretères, on rapproche l'intestin de la paroi pelvienne et on fixe par quelques points séparés au fil de lin ;

6^e Excision de la vessie. On incise le péritoine rétro-vésical et on décolle jusqu'au ligament large ; on libère ensuite la vessie à l'aide des ciseaux et du doigt. Arrivé au niveau de l'urètre, ce dernier s'arrache, et la vessie reste dans la main.

7^e Drainage et péritonisation. On fend le vagin pour drainer l'espace vide occupé par la vessie : des mèches de gaze sont mises dans le vagin, le péritoine est refermé au-dessus du tamponnement.

8^e Fermeture du ventre en un plan.

L'opération a duré une heure trois quarts ; une grosse sonde à demeure est introduite dans le rectum, pour recueillir les urines.

Suites opératoires. — a) Du côté de l'abdomen, pas de réaction.

b) Du côté de la fonction urinaire, le premier jour, la malade a rendu un demi-litre et les quatre jours suivants, un litre environ d'urine.

c) Du côté de l'appareil circulatoire, le pouls s'est maintenu bon et bien frappé pendant quatre jours. il a cédé devant l'exagération des phénomènes pulmonaires ;

d) Du côté de l'appareil respiratoire, la malade a présenté dès le troisième jour une température de 38°4 à 39 degrés de l'œdème pulmonaire bilatéral, ces accidents se sont accrus, et la malade est morte le cinquième jour.

Examen. — Epithélioma. L'anastomose urétéro-intestinale avait bien fonctionné, les sutures étaient étanchées.

(E. Rouffart, in *Bull. Académie royale de Belgique*,
26 octobre 1907, p. 572.)

Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans, qui entra dans le service à l'hôpital Saint-Jean le 22 avril 1907.

Quant à l'hérédité, rien à noter.

Au point de vue gynécologique, la malade a eu, à quatorze ans, ses premières règles, qui se sont reproduites sans douleur tous les vingt-huit jours.

Il n'y a eu d'interruption que pendant ses grossesses. Elle n'a fait aucune fausse couche et a eu trois enfants.

Depuis environ six mois, la malade a des pertes sanguines continues et souffre du ventre.

A son entrée dans mon service, elle accusait des douleurs aux régions abdominales et sacrées, elle avait des pertes blanches abondantes, ichoreuses et sanguines ; elle se plaignait de troubles urinaires.

A l'examen gynécologique, la vulve ne présentait rien de particulier ; la partie supérieure du vagin et le col de la matrice étaient le siège d'une néoplasie cancéreuse ayant envahi les culs-de-sac antérieurs et latéraux. Le col était profondément ulcéré.

L'appareil digestif était en assez mauvais état ; les autres organes étaient normaux ; la malade avait beaucoup maigri, était anémiée et avait le teint jaune.

Les hémorragies utérines prennent, dès son entrée à l'hôpital, une telle importance que trois jours après je pratique le curettage suivi de cautérisation à la pâte de Canquoin.

Cette petite intervention fut suivie d'une amélioration dans l'état général, mais les douleurs continuaient et devenaient intolérables ; la morphine était impuissante à les calmer. Malgré l'envahissement par la néoplasie des ligaments larges et du vagin, je me décide à tenter l'extirpation totale et je la pratique le 11 mai.

Après désinfection de la paroi abdominale et du vagin pendant plusieurs jours, je pratique la laparotomie. Je sectionne entre deux ligatures les ligaments ronds et les méso-ovariens de façon à enlever en bloc la matrice, trompes et ovaires, puis je passe à la désinsertion de la vessie, dont la portion droite du bas-fond est carcinomateuse.

J'ouvre la vessie et résèque la partie malade en mettant une ligature sur l'uretère droit.

J'effondre le vagin en laissant adhérente à l'utérus la partie malade. Je lie les utérines, j'ouvre le Douglas et parviens alors à extirper toute la masse cancéreuse. Je reconstruis la vessie, faisant une urétérocystostomie, je ferme le péritoine au-dessus de la suture et draine les tissus sous-péritonéaux par le vagin.

Je ferme la cavité abdominale par trois plans de suture.

Pendant les premiers jours qui suivirent cette intervention, l'état de la malade fut assez précaire ; on dut recourir à des injections hypodermiques de sérum artificiel et d'huile camphrée, mais bientôt le pouls devint moins rapide et plus fort, et après quelques alternatives ses forces revinrent peu à peu, l'opérée put se nourrir et la guérison semblait proche quand, le huitième jour, la malade perdit des urines par le vagin.

En examinant avec un spéculum à valves, on s'aperçoit que la reconstitution de la vessie ne s'est pas faite, et dans le fond du vagin la paroi antérieure laisse voir une muqueuse rouge vif qui est la muqueuse vésicale et dans laquelle on peut constater, à droite, un noyau de récidence en pleine évolution.

En différents autres points, on remarque dans la vessie des indurations. Devant une lésion aussi nette, je me décide à pratiquer l'ablation totale de la vessie après avoir fixé les deux uretères dans le gros intestin.

L'opération a eu lieu le 3 juillet.

La maladie avait été préparée pendant trois jours consécutifs, comme je fais toujours pour les laparotomies.

Sous la narcose chloroformique, la malade est placée en position de Trendelenburg.

L'incision médiane et sous-ombilicale est soigneusement garnie de compresses maintenues avec des pinces et l'intestin est recouvert de gaze aseptique afin d'isoler complètement le champ opératoire. La péritonisation de la première laparotomie a été parfaite, il n'existe aucune adhérence.

Je vais à la recherche des uretères au niveau de l'articulation sacro-iliaque ; je les trouve facilement : l'uretère droit est augmenté de volume, le gauche est normal.

Je commence par le gauche, je poursuis l'incision du péritoine très bas et dissèque l'uretère jusqu'au voisinage de la vessie, je le coupe entre deux ligatures, je choisis alors la région moyenne du rectum, dont je rapproche l'uretère, je fais à 2 centimètres au-dessus du point où l'uretère entrera dans le rectum, une suture en surjet avec arrêt de chaque point, entre les séreuse et musculuse de l'intestin d'une part, et d'autre part la face postérieure de la tunique adventice de l'uretère.

Le fil qui a servi à cette suture est du catgut zéro enfilé de deux aiguilles (comme pour la suture séreuse d'une gastro-entérostomie).

Cela fait, je pratique une petite ouverture à l'intestin, j'attire la muqueuse à l'intérieur et j'engage dans la cavité intestinale le bout de l'uretère, dont j'ai enlevé la ligature, je place une suture avec une aiguille intestinale courbe, mon aiguille traverse de dehors en dedans la paroi urétérale, sort par l'orifice de section de l'uretère, prend la tunique de l'intestin du côté interne en y comprenant la muqueuse de façon que l'orifice nouveau se trouve bien dans la cavité

intestinale. Trois ou quatre points de suture sont placés de la même façon autour de l'orifice de l'uretère. Cela fait, je continue une suture entre les couches externes de l'intestin et de l'uretère (les premiers points ont été faits au début de l'anastomose) et j'arrête aux deux côtés de l'uretère.

Je complète le manchon conjonctivo-péritonéal par un ou deux points séparés, de sorte que ma suture ne comprimera pas l'extrémité de l'uretère, ne diminuera pas sa lumière.

J'agis de la même façon avec l'uretère droit, dont l'extrémité doit être réséquée parce qu'elle se trouve en contact avec le noyau cancéreux, et je pratique l'abouchement dans la partie terminale de l'S iliaque. Je procède alors à l'extirpation de la vessie, qui ne présente pas de difficulté spéciale, et, en même temps, j'enlève de gros ganglions cancéreux développés à la base du ligament large.

Une portion indurée d'épiploon est aussi réséquée.

La reconstitution de la cavité péritonéale a été fort difficile à réaliser; je n'ai eu d'autre ressource que de décoller le péritoine des fosses iliaques et de la paroi abdominale antérieure, en partant des incisions que j'avais faites pour découvrir les uretères. J'ai fait glisser la péritoine qui tapissait le cul-de-sac abdominal inférieur et je l'ai reporté vers le haut de la ligne médiane, de telle sorte qu'après l'opération il n'y avait plus de séreuse garnissant le petit bassin ni la partie inférieure de la paroi abdominale.

La séreuse formait une poche contenant les intestins, et de cette cavité péritonéale nouvelle sortait le rectum avec son anastomose à l'uretère au-dessous du péritoine.

La suture pariétale terminée, je tamponnai le petit bassin jusqu'à l'orifice vaginal.

Le lendemain de l'opération, on administre un petit lavement huileux. Le liquide expulsé renferme une forte proportion d'urine.

5 juillet.— Le poulx est à 110, petit, rapide, injection hypodermique d'huile camphrée et de sérum artificiel, lait et champagne.

6 juillet. — L'opérée a été à la selle plusieurs fois et a expulsé 1 lit. 5 d'urine mélangée à des uretères fécales.

Le poulx est à 100, bien frappé, régulier. Il n'y a pas d'incontinence d'urine. Le pansement vaginal est enlevé, tout est bien de ce côté.

Les jours suivants l'urine expulsée est claire, abondante, émise volontairement.

13 juillet. — Enlèvement des fils de la paroi abdominale, réunion parfaite, le petit bassin est en bon état, la cavité diminue chaque jour.

Il est très difficile d'obtenir de l'urine suffisamment pure pour être soumise à l'analyse, malgré l'emploi d'un filtre en toile forte sur lequel on verse le liquide dès son émission.

Les quantités d'urine ont varié de 1.250 à 2.500 grammes renfermant de 8 à 22 gr. 5 d'urée. Les dosages des chlorures ont donné 8 à 18 grammes, mais tous ces chiffres n'ont d'autre importance que d'affirmer le fonctionnement des reins.

17 juillet. — La malade est levée, elle s'alimente facilement et prend toutes espèces de viande, des œufs, du vin de Bordeaux; je m'efforce ainsi, par la nourriture, de diminuer le nombre de selles. Je lui administre du sous-nitrate de bismuth et de l'extrait d'opium.

25^e juillet. — Elle quitte l'hôpital.

Les selles sont de 6 par vingt-quatre heures.

Le sphincter contient parfaitement les urines ; l'émission en est volontaire. L'état général s'est beaucoup amélioré.

25 septembre. — La malade dit être plus forte qu'avant. Se plaint de douleurs dans les intestins au moment d'uriner. L'urine est comparée par la malade à du blanc d'œuf, et contient quelquefois un peu de sang.

La malade urine la nuit de deux à quatre fois.

D^r Marion, *Cystectomie totale pour tumeurs pédiculées multiples de la vessie* (Legueu, rapport, in *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1908, p. 1141).

Il s'agit d'une femme, qui depuis deux ans présentait des hématuries, devenues particulièrement abondantes dans les derniers temps, si bien que la malade était dans un état d'anémie très prononcé.

Entre à Lariboisière en avril 1908.

En dehors de ces hématuries qui offraient nettement le caractère terminal la malade n'accusait qu'un peu de fréquence des mictions.

L'examen par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, révélait derrière le pubis une masse du volume d'une orange environ.

La constatation de cette tumeur jointe aux troubles accusés par la malade permettait déjà de conclure à l'existence d'une tumeur vésicale, que confirmait la cystoscopie.

Celle-ci, assez difficile en raison de l'hémorragie qui, au bout de quelques instants, obscurcissait complètement le

liquide vésical, démontrait l'existence d'une masse à côté de laquelle on distinguait des tumeurs pédiculées, dont l'ensemble remplit toute la cavité.

Je commence par enlever quelques-unes de ces tumeurs, mais devant l'abondance de l'hémorragie, je suis obligé de m'arrêter, la malade, déjà exsangue, devant succomber certainement avant que j'aie enlevé toutes les tumeurs.

Je ferme donc complètement la vessie par une suture et me mets en devoir d'enlever l'organe en totalité.

Sans trop de difficulté, je décolle le péritoine en arrière et sur les côtés, j'isole la vessie en avant, sur les côtés, puis en arrière, tout cela avec la main.

En bas et en avant, je coupe l'urètre au ras de la vessie, puis décolle celle-ci de la paroi vaginale supérieure, et bientôt, je puis l'attirer en haut ; elle ne tient plus que par les pédicules urétéraux. Ceux-ci sectionnés, la vessie est enlevée.

A sa place existe une cavité assez nette dans laquelle je n'ai pas une ligature à placer ; le suintement sanguin s'arrête par tamponnement.

Les seuls vaisseaux sur lesquels j'ai à placer une ligature sont ceux qui accompagnent les uretères et sur lesquels j'ai mis des pinces avant de les couper.

Je place un gros drain dans l'uretère pour drainer la cavité ; je mets deux sondes urétérales qui sortent par la plaie abdominale que je rétrécis et où je laisse un drain.

La vessie enlevée et ouverte apparaît remplie d'une quantité de tumeurs pédiculées, villeuses, de volume variant entre celui d'une noix et celui d'un pois. On peut en compter plus de quarante, et quelques-unes se trouvent masquées

par leurs voisines. Il n'est pas une portion de la vessie qui n'en soit recouverte.

L'examen microscopique démontra ultérieurement qu'il s'agissait d'épithélium du type allantoïdien. Les suites furent des plus simples, et la malade très affaiblie, se remit assez vite de son traumatisme et de ses hémorragies.

L'écoulement de l'urine se fit d'abord par les sondes urétrales, puis, quand, au sixième jour, je les retirai ainsi que le drain abdominal, par l'urètre, dans lequel je plaçai une sonde de Pezzer.

2 mai. — J'interviens de nouveau pour tenter d'aboucher les urètres dans l'intestin. J'avais l'intention d'aller les chercher au niveau du détroit supérieur et de placer le droit dans le cæcum, le gauche dans le côlon iliaque.

J'intervins à droite, et, après découverte de l'uretère, je dus abandonner toute idée d'abouchement, car l'uretère, atteint d'urétérite et de péri-urétérite, était gros comme un porte-plume et absolument rigide. Je ne crus pas utile d'aller chercher celui du côté gauche qui devait être dans le même état.

Ne pouvant songer à une dérivation de l'urine dans l'intestin, je me résignai à laisser le malade dans l'état où elle était, et cherchai à fermer la plaie abdominale. Celle-ci était complètement cicatrisée au commencement de juin. A cette époque, la situation de la malade était la suivante : son état général était satisfaisant, la plaie abdominale était fermée, l'urine s'écoulait par l'urètre au moyen d'une sonde de Pezzer par laquelle on faisait tous les jours des lavages dans la cavité où débouchaient les uretères, cavité vraisemblablement encore cruentée. La malade se trouvait, en somme,

dans la situation d'une incontinente ; j'avais l'intention de lui faire porter un appareil spécial.

Vers la fin de juin la malade commença à avoir de la température et à éprouver des douleurs du côté de ses reins ; ceux-ci demeuraient sensibles à la pression, gros, en même temps que l'urine se troublait de plus en plus. Au commencement de juillet, l'état général devenait mauvais, si bien que le 3 juillet je me décidai à faire une double néphrotomie pour évacuer le pus que devaient contenir les reins. Je trouvai, en effet, une double pyonéphrose. Malheureusement mon intervention était trop tardive et la malade succombait le 5 juillet.

A l'autopsie, on trouve les uretères très augmentés de volume, extrêmement durs, presque oblitérés, ils débouchaient dans le fond d'une petite cavité située au-dessus du vagin, cavité remplie de bourgeons charnus.

(Professeur Krœnig. — *Cystectomie totale pour sarcome de l'utérus et de la paroi vaginale antérieure, propagé à la vessie et l'urètre, in Centralblatt für Gynæcologie, 18 mai 1907.*)

Opération. — On pratique une incision dans la région lombaire gauche. On introduit la main dans le but d'explorer le petit bassin, pour se rendre compte si les ganglions ne sont pas déjà envahis à un point tel qu'une opération radicale ne soit plus indiquée.

Le doigt explorateur ne sentant pas de ganglions, on

attire à la plaie une anse sigmoïde, on la sectionne en pinçant l'extrémité distale et on suture.

L'extrémité proximale est libérée à une petite distance des vaisseaux mésentériques, et suturée circulairement au péritoine pariétal; ensuite on l'amène à une plus grande distance dans une poche cutanée pour l'aboucher à une autre plaie de la peau. Cette dernière manœuvre est pratiquée dans le but de placer l'anse en question entre une lame musculaire et, une autre cutanée, pour que la pelote fermant l'anūs artificiel puisse être mieux appliquée.

Opération douze jours plus tard.

Incision sur la ligne médiane. Dissection des uretères, qui sont sectionnés à la base du ligament large. Ligature de deux hypogastriques. Alors, on pratique avec facilité l'extirpation de toute la paroi postérieure de la vessie avec l'urètre, de la paroi antérieure du vagin, de l'utérus et des annexes, et de la plus grande partie de la paroi postérieure du vagin. La plus grande partie du *parakolpion* est également extirpée.

On aperçoit les ganglions iliaques qui ne sont pas envahis.

Les uretères sont implantés dans le rectum, très près l'un de l'autre.

L'opération dura cinquante-cinq minutes, avec anesthésie lombaire, combinée à la scopolamine-morphine. Les suites opératoires d'abord apyrétiques, marquèrent durant quelques jours une élévation de température jusqu'à 39 degrés.

La défervescence fut spontanée. La malade put se lever le seizième jour après l'opération.

En administrant de l'opium, on n'a qu'à pratiquer un

lavage tous les deux jours pour évacuer l'intestin, même sans faire porter la pelote sur l'anus contre nature. En outre, la continence est parfaite. La sécrétion urinaire fonctionne bien dès le premier jour. Les trois premiers jours, pour exclure la possibilité du reflux de l'urine dans la cavité abdominale, on introduisit dans le rectum une sonde à demeure, qui fut enlevée ensuite. La continence est entière.

La malade rend l'urine toutes les deux à trois heures. Dans la nuit on rend ses intervalles plus longs par l'administration de quelques gouttes d'opium.

L'urine est presque claire, mélangée à un peu de mucus.

L'état général de la malade est bon, elle peut vaquer à ses occupations.

Pour le moment, les reins fonctionnent bien et permettent d'espérer un bon état dans l'avenir. Un résultat durable ne peut pas être garanti car il n'y a que quatre mois depuis l'opération.

Extirpation totale de la vessie et urétérostomie lombaire double (T. Rovsing, in *Zentralblatt f. Chirurgie*, 1907, I, p. 94, appendice).

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans.

La muqueuse vésicale est transformée, dans sa totalité, en tumeurs villeuses. La paroi postérieure de la vessie est infiltrée par la tumeur dans toute son étendue, de façon que tout le revêtement péritonéal dût être enlevé.

Elle présentait depuis six mois, sans rémission, des fortes

hématuries et du ténesme douloureux qui augmentaient d'intensité.

A son entrée dans la clinique elle était anémiée, dans un état d'amaigrissement déplorable.

La cystoscopie fut impossible à pratiquer à cause du ténesme et des pertes sanguines.

On pratiqua alors une exploration digitale de la cavité vésicale, après dilatation de l'urètre, suivant la méthode de Simon : on constata que la muqueuse était complètement envahie par la tumeur.

3 mai 1906. — On entreprit une extirpation totale de la vessie et une urétérostomie lombaire double.

Toutes les trois plaies guérissent d'une façon idéale, mais la convalescence fut retardée énormément par une thrombose de la veine fémorale gauche.

Après, la malade se remit très vite, son poids augmenta de 15 kilogrammes, elle se sent bien et apte à travailler,

Le bandage fonctionna à son entière satisfaction, de manière qu'elle n'était pas mouillée à aucun moment du jour et de la nuit.

(H. Lindner. Dresde, in *Centralblatt f. die Krankh. der Harn. u. Sexual-Organen*, 1906, v. XVII, p. 289.)

Il s'agissait d'une malade de soixante-deux ans, qui présentait un carcinome infiltré de la paroi latérale droite et de la paroi postérieure de la vessie. Le péritoine recouvrant la paroi postérieure a été intéressé par le néoplasme.

La maladie débuta par un catarrhe vésical, donnant lieu à des douleurs. Le diagnostic fut posé au moyen de la cystoscopie.

On pratiqua une extirpation totale de la vessie en procédant à une laparotomie. Les uretères furent abouchés dans le côlon transverse et dans l'S iliaque.

La malade mourut de pneumonie.

(Hartley. — *Extirpation of the urinary Bladder, in Medical News.* New-York, 1903.)

Il s'agit d'une femme de dix-huit ans, employée. Rougeole dans l'enfance et un an après une pleurésie et une pneumonie.

La maladie actuelle commença trois ans après par une pollakiurie et des sensations de brûlures dans la vessie. Trois ans après une fistule vésico-vaginale s'était établie.

Cela a apporté quelque soulagement. Deux ans plus tard la fistule se referma spontanément, mais alors les anciens symptômes réapparurent peu à peu, de sorte qu'en six mois de temps son état devint intolérable.

Un an après on pratiqua une cystotomie sus-pubienne. Le drainage et le traitement local la soulagea de nouveau un peu. Six mois après elle se soumit à une opération, ayant pour but de fermer la plaie sus-pubienne.

Aussitôt que celle-ci fut fermée, la pollakiurie revint. Elle présentait en outre une hyperesthésie des organes génitaux externes et des urines légèrement sanglantes.

Les organes génitaux externes n'étaient pas visiblement congestionnés.

Le contact constant avec l'urine détermina deux plaies au-dessus des fesses.

Son état général paraissait bon. On ne trouve rien à l'examen physique du thorax et de l'abdomen. L'examen au moyen du toucher rectal n'indique qu'une sensibilité excessive de la vessie.

La cystoscopie fit constater une cystite chronique et des ulcérations au-dessus du bas-fond et à la paroi postérieure de la vessie.

Les urines, jaunes, troubles, présentent une réaction alcaline. Traces d'albumine.

On trouve du mucus et des leucocytes. On croit à la nature tuberculeuse des ulcérations, qui semblent être d'origine vésicale.

On décida, soit l'excision des ulcérations, soit l'enlèvement des membranes, soit enfin comme dernière éventualité l'extirpation totale de la vessie.

La malade consentit volontiers à se soumettre à l'opération, qui eut lieu le 28 avril 1902.

On pratiqua une incision verticale de 4 pouces de longueur, allant de la ligne blanche jusqu'au péritoine. On pénétra dans la cavité de Retzius et le péritoine fut séparé de la paroi abdominale et du fond de la vessie.

Une grande incision fut alors pratiquée à travers le fond de la vessie pour examiner sa cavité.

Le bas-fond et la plus grande partie de la paroi postérieure étaient couverts de petites ulcérations, qui ne dépassaient pas la muqueuse.

La base des ulcérations présentait des bourbiers grisâtres.

Les tissus de la paroi postérieure étaient épaissis et ne glissaient pas les uns sur les autres. Autour des orifices urétéraux, la muqueuse semblait œdématiée. Il ne paraissait pas possible d'enlever les ulcérations sans perforer la paroi vésicale et d'exciser le bas-fond sans léser les uretères.

Le seul parti à prendre semblait être l'anastomose des uretères avec le rectum ou le vagin après l'extirpation complète de la vessie.

Comme les orifices urétéraux ne semblaient pas touchés, on décida d'enlever toute la vessie, sauf le pourtour des orifices urétéraux : un cercle de trois-quarts de pouce de diamètre.

Il resta à choisir entre l'implantation des uretères suivant la méthode de Maydl ou celle de Pozzi.

J'ai préféré l'abouchement intestinal au vaginal, car le premier semble donner de bons résultats.

La plaie fut aseptisée. Une sonde n° 30 fut introduite dans le rectum.

19 avril. — Température 99 degrés Fahrenheit, respiration 24, pouls 100.

Douleurs dans le rectum. Urines jaunes, troubles, alcalines, albumineuses.

28 avril. — La malade se plaint de légères douleurs dans la plaie. Un peu d'urine est sortie par le tube. La malade est angoissée, avec un pouls de 136 et une température de 97 degrés Fahrenheit, on incisa la paroi postérieure du vagin.

Aucun écoulement dans la cavité péritonéale.

Les urines jaunes, troubles, sentent fort. Traces d'albumine.

1^{er} mai. — Enlèvement du tube rectal. Les urines passent involontairement.

On irrigue le rectum régulièrement trois fois par jour.

2 mai. — La malade dort bien. Garde les urines pendant deux heures. Irrigations rectales toutes les six heures.

6 mai. — Enlèvement des fils.

10 mai. — Traitement précédent.

La malade guérit.

Sept mois après l'opération la malade va bien.

(Trendelenburg, in *Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft
f. Chirurgie*, 1895.)

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, chez laquelle il a pratiqué tout d'abord l'extirpation de l'urètre et d'une partie de la vessie, ensuite d'un rein tuberculeux et enfin du reste de la vessie. Les uretères ont été abouchés dans l'anse sigmoïde.

La dernière opération a été pratiquée en octobre 1894 et il constata à ce moment une péritonite tuberculeuse.

Au commencement la malade rendait l'urine par l'anus toutes les deux ou quatre heures. En avril 1895 le besoin de rendre l'urine fut impérieux.

(Verhoogen, *in Ass. fr. d'Urol.*, 1905, p. 73.)

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui présentait un carcinome de la vessie. Elle a été opérée par la voie hypogastrique. On pratiqua une cystectomie totale en suturant les uretères à la peau.

Guérison opératoire.

Cinq mois après elle mourut de récurrence locale.

Observation personnelle et inédite

(Dr Cunéo, hôpital Lariboisière.)

M. A. ..., veuve G. ..., cinquante ans. Salle Lailler, 19 bis.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée à seize ans et demi. Règles suivantes six mois après, ensuite au bout de trois mois. Toujours réglée d'une façon irrégulière ; durée quatre à cinq jours. Règles plutôt abondantes. Mariée à vingt-huit ans : un enfant, accouché au forceps, bien portant. Retour des règles six semaines après l'accouchement. Durant trois ou quatre mois après l'accouchement réglée régulièrement tous les vingt-huit jours ; durée trois ou quatre jours.

Pertes blanches survenues à l'âge de dix-huit ans, n'ont jamais cessé, jusqu'à l'opération.

En 1894, on l'a curetté à Saint-Antoine dans le service de M. Blum. Se porte bien depuis cette époque, abstraction

faite de crampes d'estomac et de vomissements une heure après les repas.

Histoire de la maladie. — Le 31 décembre 1907 surviennent des hématuries, sans être précédées d'aucun symptôme. Les urines sont d'abord couleur marron, puis deviennent de plus en plus sanglantes. Pas de pollakiurie.

Les hématuries durent sans interruption jusqu'au 16 janvier 1908, jour où elle entre à Lariboisière, dans le service de M. Marion.

On lui trouve une tumeur pédiculée de la vessie à 1/2 centimètre environ au-dessus de l'uretère gauche.

30 janvier 1908. — M. Marion pratique l'opération suivante :

Laparotomie et ouverture vésicale. La tumeur est excisée aux ciseaux ; surjet au catgut n° 00. L'orifice de l'uretère reste libre, mais a été atteint par l'ablation de la muqueuse. La vessie est fermée par un surjet à deux plans au catgut. Suture des droits. Suture cutanée. Drain dans l'espace pré-vésical. Sonde de Pezzer à demeure.

La malade guérit et sort de l'hôpital.

26 août 1909. — La malade rentre à Lariboisière pour une hématurie qui, d'abord terminale, devint totale et dure sans rémission depuis bientôt un mois.

La malade se plaint de douleurs à la miction très intenses, résultant pour une grosse part des efforts involontaires de la femme.

La fréquence des mictions est de toutes les heures, la nuit comme le jour. Les urines sont sanglantes, sales, pleines de sables, d'une odeur fétide. L'état général est satisfaisant.

Cystoscopie. — La vessie est totalement infiltrée par un néoplasme végétant, par endroits empreint de sels calcaires.

On fait des lavages et des instillations d'azotate d'argent.

10 octobre. — On introduit dans la vessie deux tubes de radium, que la malade garde pendant seize heures, après quoi ils sont expulsés.

Dans la nuit même la fréquence des mictions diminue singulièrement.

La malade urine toutes les deux heures, mais les douleurs et l'hématurie persistent.

On continue les lavages.

Pendant les huit jours qui suivent, la malade passe une journée assez supportable, urinant toutes les deux ou trois heures, mais entre 6 et 10 heures du soir, tous les jours, elle souffre continuellement de la vessie et urine toutes les heures. La nuit relativement bonne se passe avec trois ou quatre mictions.

Pendant une période de quinze jours, la malade émet les urines presque exemptes de sang. Les douleurs mictionnelles sont très atténuées, la fréquence de trois ou quatre heures dans le jour ; quatre à cinq fois la nuit.

Depuis le 18 novembre l'hématurie réapparaît plus intense. Les urines sont sales et ont une odeur putride. Les douleurs reviennent et la fréquence devient de toutes les demi-heures.

18 janvier 1910. — La malade est opérée par M. Cunéo. Cystectomie totale, avec abouchement des uretères dans le cul-de-sac antérieur du vagin (1).

Après l'opération la malade va assez bien. Tempéra-

1. Voir *Technique de la cystectomie totale.*

ture 37°5. Pouls 90. Des drains furent abouchés aux uretères et passent par le vagin. Drain abdominal.

22 janvier. — Ablation des sondes urétérales. La malade est assez affaiblie. Température 36°4. Pouls 60.

1^{er} février. — L'urine coule par le vagin, claire, abondante. Aucune douleur dans la région rénale. La plaie se ferme rapidement. Température 37 degrés. Pouls 72. La malade essaie un appareil qu'elle ne supporte pas.

8 février. — État général bon. La malade commence à se lever.

24 mars. — Nouvelle opération. Accolement des petites lèvres de la vulve en un canal assez étroit permettant cependant de faire des lavages avec une petite canule. La malade a très bien supporté l'opération. Température 36°9. Pouls 64.

15 mai. — État général excellent. L'urine coule normalement par le méat artificiel.

26 mai. — La malade quitte l'hôpital portant un appareil qui recueille toute l'urine et entre à Brévannes. La malade pèse à ce moment 61 kilogrammes.

Examen microscopique de la tumeur. — Faible grossissement. La tumeur est constituée par des dents épithéliales creusées d'une gouttière centrale, ce qui rappelle la forme du tube glandulaire. Chacune de ses dents est séparée des autres par une membrane enveloppe formée du tissu conjonctif adulte ; l'ensemble de ses productions épithéliales est séparé de la sous-muqueuse et de la musculaire par une lame conjonctive anhiste très épaisse. La sous-muqueuse présente une infiltration leucocytaire considérable autour des vaisseaux. Il existe entre les différentes couches de la musculature des légères fibrilles conjonctives qui les dissocient complètement.

La sous-muqueuse et la musculaire sont indemnes de toute infiltration épithéliale.

Fort grossissement oculaire 3, objectif 7. Ces dents épithéliales sont constituées par une lamelle conjonctive centrale tapissée sur leurs deux faces par cinq ou six rangées de cellules polyédriques, à protoplasma très peu abondant, à noyau volumineux, ayant très fortement pris l'hématéine. Le filament chromatique des noyaux présente des dispositions très diverses. On constate de nombreuses figures de caryokinèse atypiques, dans d'autres points de la préparation les noyaux sont presque tous en picnose. Sur une de ces dents coupée transversalement on aperçoit très nettement au centre une cavité libre ; cavité de ce tube pseudo-glandulaire et périphériquement une lamelle conjonctive qui tapisse sur ses deux faces cet épithélium polyédrique stratifié qu'on vient de décrire.

Enfin à la périphérie de la préparation on constate partant de cette lame conjonctive quelques lamelles conjonctives secondaires, très grêles, villeuses, tapissées sur leurs deux faces d'un épithélium stratifié analogue.

Il s'agit donc d'un épithélioma tubulé de la vessie n'ayant pas infiltré la sous-muqueuse et la musculaire dont les dents épithéliales présentent par place des villosités épithéliales de formation jeune.

11 juin 1911. — État général excellent. Poids 76 kgr. 500. L'appareil est très bien supporté ; la malade n'est pas obligée de garder le lit. En position assise l'urine ne passe pas dans le réservoir. Si la femme reste assise pendant plus d'une heure et demie sans se lever, l'urine accumulée en trop grande

quantité passe au moment du changement de position en dehors de l'appareil. La peau n'est pas irritée. La malade présente une éventration, consécutive aux deux laparotomies. Elle porte une ceinture abdominale.

2 décembre 1911. — La malade va toujours très bien. Depuis le mois de juin elle a engraisé de 10 kilogrammes.

CONDITIONS DIFFÉRENTES

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

La cystectomie totale fut toujours envisagée à la fois dans les deux sexes. Les statistiques existantes ne font pas place à cette distinction et donnent un chiffre global de mortalité opératoire. C'est certainement en défaveur de cette intervention chez la femme.

Nous avons vu précédemment que les succès expérimentaux étaient dus surtout à l'abouchement des uretères, soit dans le gros intestin, soit dans le rectum. Nous verrons plus loin (V. Dérivation des urines) que chez l'homme, c'est encore l'anastomose urétéro-entérique qui a été la cause d'échecs la plus fréquente.

Le pronostic de la cystectomie totale chez la femme se trouve singulièrement amélioré par la présence du vagin et l'implantation possible des uretères dans cet organe.

On peut dire, sans exagérer, que les seuls succès opératoires et les survies plus durables ne sont dus qu'à la méthode vaginale d'abouchement des uretères.

Le Professeur Albarran pense que ces succès ne sont pas uniquement déterminés par la septicité beaucoup moins grande du vagin dans ses rapports avec l'intestin, par exemple, mais encore à ce que, de cette façon, l'uretère se trouve implanté plus près de son embouchure naturelle.

Il s'ensuit qu'on évite les coudures urétérales, causes de la rétention et de l'infection subséquente.

La septicité vaginale se laisse diminuer encore par l'accessibilité parfaite du vagin, à tous les soins d'hygiène.

En outre, les conditions anatomiques chez l'homme : le rapport de la vessie avec le péritoine, son cul-de-sac postérieur plus accusé, le voisinage plus immédiat du rectum et de la prostate, sont beaucoup moins favorables chez lui à l'extirpation totale de la vessie que chez la femme.

Le bassin plus large et moins élevé de la femme, la péritonisation plus facile et sa sobriété habituelle plus grande sont, sans aucun doute, des éléments de grande valeur dans l'établissement du pronostic opératoire.

« Il faut bien reconnaître, disent les Professeurs Quénu et Hartmann (1), que les manœuvres pelviennes sont plus aisées chez la femme, surtout celle qui a eu des enfants, que chez l'homme. »

1. E. Quénu et H. Hartmann, *Chirurgie du rectum*, II, p. 309.

Dans la suite de notre travail, nous tâcherons de faire valoir d'autres arguments en faveur de cette opération chez la femme.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

De toutes les tumeurs de la vessie les unes sont extirpées par les voies naturelles, d'autres relèvent d'une cystostomie sus-pubienne ou d'une cystectomie partielle ; les autres, et ce sont celles qui nous intéressent, justifient de la cystectomie totale, les voici :

- 1° Les tumeurs bénignes multiples ;
- 2° Les tumeurs malignes multiples ;
- 3° Les tumeurs malignes ayant envahi la musculieuse ;
- 4° Les tumeurs malignes, occupant une très grande surface de la vessie y compris le trigone ;
- 5° Occupant une très grande surface de la vessie, le trigone restant indemne ;
- 6° Localisées au trigone seul, englobant ou non les uretères ;
- 7° Ayant envahi toute la surface de la vessie.

Le cancer localisé à la vessie voit son évolution retardée du fait même de cette localisation et les

métastases, par voie lymphatique ou sanguine, ne s'observent que fort tardivement.

Ce fait est indéniable et milite en faveur de la cystectomie totale.

Il n'existe pas d'observation de mort par récurrence sur place ou à distance.

Comme il appert des observations publiées, dans la plupart des cas, la mort est due à l'urémie, à l'infection ascendante ou, encore, au shock opératoire.

Pourtant dans cette question de la propagation ganglionnaire des tumeurs vésicales, les auteurs sont loin d'être d'accord. L'existence des lymphatiques dans la vessie a depuis fort longtemps soulevé de nombreuses controverses. Sappey croyait que la vessie ne possède pas de vaisseaux blancs lui appartenant en propre.

Sur ce point il était en complet accord avec les chirurgiens, qui ont remarqué la rareté extrême des hypertrophies ganglionnaires en clinique.

En 1886, le Professeur Guyon, dans son travail sur les tumeurs de la vessie (v. Bibliographie) n'avait trouvé que 4 observations d'envahissement ganglionnaire, et, dans ces quatre cas, la tumeur avait franchi les limites de l'organe. D'après lui « le cancer de la vessie est celui qui permet le plus d'espérer une cure radicale, car il a peu de tendance à se propager.

Peu après le Professeur Albarran reprit la question et ses travaux ébranlèrent l'opinion admise jusqu'à ce moment.

Il pratiqua l'autopsie de 17 cancers de la vessie ;

dans 11 cas il trouva une propagation ganglionnaire, et, sur ces 11 observations, 6 fois la tumeur n'avait pas dépassé les limites de la vessie.

Clado, en 1895, admet l'infection ganglionnaire « dans le carcinome bien cantonné à la vessie », mais il croit, à juste titre, que cette propagation est assez rare, en basant son opinion sur ce qu'on rencontre en clinique.

Pasteau, dans sa thèse (v. Bibliographie), critique vivement cette manière de voir et arrive aux conclusions suivantes : « Autant la propagation ganglionnaire est l'exception dans les tumeurs pédiculées, autant elle est la règle dans les tumeurs infiltrées. »

Notre maître. M. Cunéo, dont les travaux importants sur le système lymphatique sont bien connus, se rapproche plutôt de l'opinion de Sappey, il pense que même la muqueuse vésicale renferme très peu de vaisseaux lymphatiques.

Posner, à la Société pour l'étude du Cancer, il y a quelques années, insista sur le manque de propagation ganglionnaire dans les tumeurs de la vessie. Il observa pendant longtemps des malades atteints de tumeurs vésicales, sans remarquer de tuméfaction ganglionnaire ou tout autre métastase. La cachexie cancéreuse ne survint même que très tardivement, et seulement au moment où le malade était déjà affaibli par des pertes sanguines ou par l'infection secondaire.

Les opinions, comme on vient de le lire, sont con-

tradictioires et le problème n'est pas facile à résoudre. Mais nous pensons trouver la solution dans l'examen des faits cliniques et des statistiques.

Posner (v. B) donne la statistique suivante :

Sur 41 cas de tumeurs vésicales chez la femme, on observa des métastases treize fois seulement, mais sur ces 13 cas, neuf fois existait une tumeur de voisinage (intestin, urètre, rein, utérus, vagin). Posner croit que ces 9 cas devraient être considérés comme des carcinomes par continuité, et non comme « métastases » proprement dites.

D'après le Professeur Albarran la récurrence dans les épithéliomas de la vessie s'observe de six mois à un an après l'opération.

« On connaît, dit cet auteur, des récurrences de tumeurs épithéliales de la vessie quatre ans après l'opération ; il est même possible que le retour de la tumeur se voie à une époque plus éloignée. »

Pouvant escompter d'aussi beaux résultats, il n'est pas permis de ne pas intervenir ; dans ces conditions, en enlevant la tumeur on met le malade à l'abri de récurrence pour un temps assez long.

C'est un point très important du pronostic et des indications opératoires.

Le point capital de l'opération, la transplantation des uretères, n'a pas encore été suffisamment fixé, et il ne faut pas s'étonner de voir le chirurgien rester indécis ou même s'abstenir.

C'est que les méthodes les plus pratiquées jusqu'ici n'ont pas donné de résultats satisfaisants. C'est pour-

quoi nous voyons tant de chirurgiens demeurer dans l'expectative en se contentant du pis aller du traitement médical.

M. Legueu (v.B) considère la cystectomie totale comme une opération exceptionnelle. Quant au professeur Albarran, voici son opinion : « Les résultats donnés par cette large intervention sont jusqu'à présent franchement mauvais, et je ne suis disposé à faire de nouveau l'extirpation totale de la vessie que dans des cas exceptionnellement favorables. »

Dans une séance, tenue le 19 novembre 1909 par la Société des chirurgiens de Paris, le carcinome de la vessie a été déclaré à la presque unanimité un *noli me tangere*.

Heureusement tous les chirurgiens ne sont pas de cet avis.

Watson (v. B) de Boston fit en 1905 une communication sur le traitement opératoire des tumeurs de la vessie. C'est un vrai plaidoyer pour plus de hardiesse dans les interventions sur la vessie. Il croit à la nécessité d'opérations plus précoces et plus radicales, aussi bien dans les cas de tumeurs bénignes, que de tumeurs malignes. Watson recommande l'extirpation totale de la vessie dans les cas de tumeurs bénignes récidivantes, et d'emblée, dans tous les cas, sans exception, de tumeurs malignes.

Mann de Buffalo, dans son rapport à la section d'obstétrique de l'Académie de Médecine de Buffalo, estime que l'opération visant l'ablation totale de la vessie n'a pas attiré l'attention qu'elle mérite. Il

déplore le petit nombre de publications sur la cystectomie totale.

Mann croit que le carcinome de la vessie constitue la forme la plus fréquente des tumeurs de cet organe. Pour cet auteur, l'indication de la cystectomie totale est donnée par des tumeurs multiples, par la récurrence, après une extirpation pure et simple d'une tumeur unique, ensuite par l'extension à la vessie du cancer cervical.

Mann ajoute, que l'extirpation totale de la vessie n'offre pas de difficultés sérieuses à un chirurgien expérimenté dans la chirurgie abdominale, et donne au malade une chance de survie dans de bonnes conditions. Pour Clado les indications de l'extirpation totale de la vessie sont les suivantes :

1° Les tumeurs malignes volumineuses siégeant au col, ou occupant une grande étendue des parois vésicales ;

2° Les tumeurs malignes et même bénignes multiples ;

3° Les tumeurs qui infiltrent les parois dans une grande étendue.

Eh bien, croyons-nous, toutes les fois qu'une tumeur occupe le bas-fond de la vessie, ce qui est le cas presque habituel (1), englobant ou non les ure-

1. D'après la statistique de Féré, sur 107 cas, le bas-fond fut intéressé dans 38 cas, le col de la vessie trois fois, huit fois l'orifice de l'uretère droit et cinq fois l'orifice gauche. Tumeurs multiples douze fois. Dans 8 cas la tumeur occupait toute la vessie. Il s'en suit que seulement dans 33 cas sur 107, le néoplasme siégeait sur le sommet ou les parois latérales, antérieures ou posté-

tères, tout néoplasme propagé de l'utérus à la vessie (1) (cas de Kosinski), justifie pleinement la cystectomie totale.

Une tumeur de la vessie est maligne d'emblée ou le devient plus tard. Pousson l'a affirmé dès 1885.

Cette manière de voir n'a pas été contestée par Albarran, Colley, Wendel, Burckhardt, qui se sont occupés de la question.

On a même émis une opinion, que les tumeurs dites bénignes, renferment des éléments épithéliomateux dès le début (2). D'autre part, au double point de vue du pronostic et des indications opératoires toute tumeur donnant lieu à des hématuries qui se prolongent menace la vie du malade, et peut être considérée dès lors comme maligne.

A ce moment, à moins de contre-indications, dont nous parlerons plus loin, tout chirurgien doit intervenir radicalement.

« Mieux vaut affronter quelques chances de mort immédiate avec l'espoir d'une longue survie sans récurrence, que d'accepter une prolongation moyenne d'existence en compagnie d'un cancer, même avec les soulagements donnés par le traitement palliatif » (E. Quénu et H. Hartmann) (3).

rieures seules. Le Professeur Guyon trouva la base de la vessie intéressée dans 13 cas sur 18; dans 3 cas la tumeur était disséminée. Le Professeur Albarran, sur 38 cas, a vu le bas-fond intéressé par la tumeur trente-six fois.

1. Lebert disait qu'on ne trouve la vessie intacte, que dans un cinquième des cas à l'autopsie des cancers de l'utérus.

2. D'après Pousson.

3. *Chirurgie du Rectum*. Paris, 1899, II, p. 226.

La vessie tolère bien les néoplasmes pendant un certain temps, mais ceux-ci finissent par retentir sur le réservoir urinaire et sur les voies supérieures.

D'après le Professeur Albarran, un néoplasme occupant le voisinage des méats urétéraux détermine des lésions aseptiques des reins par distension progressive, lésions qui favorisent les urétérites et les pyélonéphrites compliquant si souvent le cancer vésical.

Ce n'est certainement pas de nature à améliorer le pronostic d'une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit.

Les hématuries par leur durée aggravent le pronostic, en diminuant la vitalité du malade, en le mettant dans de mauvaises conditions pour supporter le choc opératoire si minime qu'il soit.

Il suffit de parcourir les observations cliniques pour se convaincre de ce fait. Nombre de malades, opérées dans les meilleures conditions, succombent peu après sans cause appréciable.

Nous sommes persuadés, que la seule et unique raison est un état déplorable du malade, déterminé par des pertes sanguines, durant quelquefois un an et plus.

Quelles sont les contre-indications ? Il nous semble oiseux d'indiquer le cancer en voie de généralisation : le traitement des tumeurs vésicales ne doit pas différer de celui d'autres cancers à ce point de vue.

D'une façon absolue, l'âge, même avancé, à lui

tout seul, ne peut être une contre-indication opératoire, à moins qu'il s'agisse des sujets débilités ou d'individus porteurs de tares organiques, capables de mettre leur vie en danger.

Il est des cas où une intervention facile, une taille simple, par exemple, serait par elle-même dangereuse. Les contre-indications de la cystectomie totale sont les mêmes que celles de l'anesthésie prolongée chez les femmes très grasses, dont le système cardio-pulmonaire est bien loin d'être indemne et supporte mal, en conséquence, la position de Trendelenburg.

Nous pouvons conclure que, tant qu'il n'y aura pas de méthode thérapeutique efficace du cancer, la cystectomie totale, telle que nous l'exposons dans ce travail, est le seul traitement qui puisse donner au malade quelque chance de survie plus prolongée.

DÉRIVATION DES URINES

Le chirurgien décidé à pratiquer une cystectomie totale doit se demander, une fois la vessie enlevée, ce que vont devenir les uretères.

Ce problème, de haute importance, a déjà soulevé de nombreuses discussions.

On voulait à tout prix ne pas créer des incontinents et on cherchait à remplacer le sphincter vésical par le sphincter anal.

L'incontinence est une infirmité pénible — c'est incontestable — mais l'indication capitale est de conserver la vie, et c'est là le vrai rôle du médecin.

Passons en revue les différents modes d'abouchement des uretères, jusqu'ici pratiqués.

L'idée d'une anastomose urétéro-rectale est ancienne. Elle est due à J. Simon qui la pratiqua en 1851. Le malade de Simon mourut neuf mois après l'opération. L'autopsie montra des concrétions dans les uretères et autour d'eux les signes de péritonite.

Au point de vue expérimental, l'abouchement urétéro-rectal fut exécuté par Gluck et Zeller en 1881.

Nous avons déjà dit que cette manière de procéder fut la cause de leurs succès.

Kuster, en 1891, avait greffé les uretères dans le rectum, chez un homme atteint de cancer de la vessie et de la prostate, pour pouvoir pratiquer l'ablation totale de ces organes.

Ce fut un insuccès : le cinquième jour le malade mourut.

En 1901, Zeit fit un travail sur ce sujet. Il constate que l'implantation des uretères dans la cavité intestinale est toujours suivie d'infection ascendante, dont l'agent se trouve être le colibacille.

A ce moment on mentionnait dans la littérature cinq guérisons à la suite de ce procédé :

Le malade de Krause, trois mois et demi de survie.

Le malade de Peters, dix mois.

Le malade de Chalot, douze mois.

Le malade de Beck, vingt mois (puis mort par pyélonéphrose).

Le malade de Fowler, quatre mois et demi.

Voilà ce qu'en pense le professeur Albarran (1).

« *A priori* il aurait déjà semblé téméraire d'aboucher les voies urinaires aseptiques dans la cavité rectale. Cette opération en effet réalise les conditions expérimentales dont j'ai démontré dans un autre travail l'association nécessaire pour déterminer avec toutes ses conséquences l'infection ascendante du rein : obstacle à l'écoulement de l'urine et présence des bactéries.

L'obstacle siège au niveau de l'abouchement de l'uretère dans le rectum et je rappelle que les expérimentateurs ont trouvé l'orifice rectal de l'uretère suturé rétréci.

Lorsque les uretères ont été greffés dans le rectum, les voies urinaires peuvent être complètement assimilées aux voies biliaires dans lesquelles l'infection, d'origine intestinale, est si souvent déterminée par le colibacille. »

Maun (2), ne croit pas aux bons résultats de l'anastomose uretéro-intestinale.

Pauchet (3), d'Amiens, ayant abouché les uretères

1. Albarran, *les Tumeurs de la vessie*. Steinheil, 1892.

2. Mann, *Buffalo Medical Journal*, 1901.

3. Pauchet, *Rev. pr. des mal. d. org. g.-urin.*, 1908-1909, V, p. 8.

dans la cavité intestinale, après cystectomie totale pour cancer vésical, essuya un insuccès. La malade, c'est vrai, succomba à l'œdème pulmonaire, mais l'auchet croit qu'en admettant qu'elle eût survécu, elle aurait présenté des accidents de pyélonéphrite.

Il dit que ce procédé est une mauvaise méthode.

Le professeur Krœnig (v. B.) admettant l'avantage que trouvent les femmes dans l'implantation des uretères dans l'intestin, à cause du sphincter, insiste sur la plus grande probabilité de mort par pyélite colibacillaire, qui en est la rançon.

Il n'y a pas longtemps, Fütth fit une revue de la littérature concernant cette question et en signale les résultats lamentables : à part une survie d'un an (cas de Wilms) toutes les opérées de cette façon moururent très rapidement.

Nous avons vu les insuccès des expérimentateurs, ayant greffé les uretères dans l'intestin : leurs animaux succombèrent à la péritonite et à la pyélonéphrite.

Par cette méthode on n'obtient qu'une très courte survie, par conséquent, elle ne peut être envisagée autrement que comme un pis-aller.

Voyons, maintenant, les procédés d'urétéro-entérostomie.

Procédé de Novaro.

On pratique une section de l'uretère perpendiculairement à son axe et une fente verticale. Alors l'extrémité de l'uretère prend la forme d'un T.

Les résultats expérimentaux de ce procédé furent mauvais.

Procédé de Vignoni.

Les uretères sont implantés dans une fente en forme de V faite au rectum.

On rabat le lambeau en V sur l'uretère déjà suturé à la muqueuse rectale et on obtient ainsi un trajet oblique dans la paroi intestinale.

Sur sept animaux, un seulement survécut un mois.

Procédé de Krynski.

Krynski, en 1896, essaya de reproduire les dispositions anatomiques de l'orifice urétéro-vésical. Pour ce faire il place l'uretère sous un lambeau triangulaire comprenant la musculaire et la séreuse de l'intestin, dont la muqueuse n'est ouverte qu'au niveau de l'embouchure urétérale.

Par cet artifice, il n'observa aucun insuccès immédiat ni tardif.

Procédé de Fowler.

On fait une incision longitudinale séro-musculaire.

En écartant les lèvres de cette incision, on met à nu la couche muqueuse et on découpe sur celle-ci un lambeau triangulaire à base supérieure adhérente.

Ce lambeau est replié sur lui-même de façon à former une sorte de clapet recouvert sur ses deux faces par la muqueuse. L'uretère sectionné en bec de flûte est fixé à la base de cette valvule. On suture les couches musculo-séreuses de manière à recouvrir l'uretère sur une longueur de 3 centimètres. Ainsi est reproduit le trajet oblique inter-pariétal et la valvule orificielle.

Ce procédé a été employé une fois par Fowler. Quatre mois après l'opération, l'opéré allait bien.

Le Professeur Albarran utilisa un procédé analogue. Son malade mourut d'infection et de tuberculose rénales au bout d'un mois (1).

Procédé de Duval et Tesson.

On forme un lambeau séro-musculaire en fer à cheval, un lambeau semblable taillé dans la muqueuse et replié sur lui-même forme une valvule. Les uretères taillés en bec de flûte sont fixés au bord inférieur du lambeau. Le volet séro-musculaire est rabattu et tiré au-dessus d'eux.

Les résultats expérimentaux obtenus par ce procédé furent franchement mauvais.

1. *American Journal of the med. sc.*, 1898.

*Procédé de Boari ou procédé du bouton
anastomotique.*

Boari (1) emploie son bouton dans le but de simplifier l'opération et d'en améliorer le résultat.

D'après Drucbert, cette espérance n'a pas été complètement déçue ; sur 14 opérations, on compte 5 succès et 9 morts ; mais on ne peut pas imputer toutes ces dernières à l'opération.

Procédé de Martin.

On pratique une incision longitudinale à travers la séreuse et la sous-séreuse.

Les bords de la plaie sont rétractés.

On suture les uretères, disposés l'un contre l'autre, dans une petite ouverture déterminée à l'extrémité inférieure de la plaie.

Puis suture de la musculaire sur les uretères et enfin suture séro-séreuse.

On a formé de cette manière un canal musculaire à direction oblique.

Procédé de Pauchet.

Ce procédé est très élégant.

On fend l'uretère sur une longueur de un centimètre et on pratique deux boutonnières, parallèles

1. Boari, *Chirurgia dell' Uretere*. Rome, 1900.

entre elles sur l'intestin, de 4 millimètres de longueur chacune.

Ensuite on fait passer l'uretère sous l'une d'elles, en attirant son extrémité entre les lèvres de l'autre boutonnière. L'uretère s'ouvre ainsi, par sa fente, dans la cavité intestinale, en passant sous le pont intestinal, qui sépare les deux incisions.

Procédé de Maydl.

En 1894, Maydl reprit l'idée de M. Tuffier, déjà mise en pratique par M. Morestin. On se propose dans ce procédé de conserver le sphincter vésico-urétéral. Cette méthode est actuellement classique pour le traitement de l'exstrophie vésicale.

Le Professeur Carlier croit que le procédé de Maydl est le seul qui paraisse mettre les reins à l'abri de l'infection pendant un certain temps.

Mais ce procédé exige l'intégrité du trigone, et l'on sait que c'est en ce point que se développent le plus souvent les tumeurs de la vessie.

Modlinsky pour empêcher l'infection ascendante propose de pratiquer un anus iliaque et de former de cette façon un réservoir spécial pour l'urine, dans la partie la plus inférieure du rectum, en y abouchant les uretères.

Le procédé proposé par Verhoogen cherche à atteindre le même but.

Verhoogen pratique l'exclusion du cœcum, y greffe les uretères et abouche l'appendice à la peau.

Deux malades de Verhoogen, opérés ainsi survécurent quelque temps à l'opération.

Nous croyons intéressant de signaler à propos de l'abouchement des uretères dans l'intestin, le procédé suivi par Tichow et Mirotvortzeff.

Petrow (1) rapporte 29 cas de Tichow avec 9 morts, et 6 cas de Mirotvortzeff avec 1 mort.

Petrow pense que l'extirpation totale de la vessie doit comprendre comme premier temps la dérivation des urines.

Il préconise le procédé de Tichow-Mirotvortzeff comme méthode de choix.

Le procédé consiste à faire suivre à l'uretère un trajet très oblique dans l'épaisseur de la paroi intestinale. Les uretères sont implantés dans le côlon pelvien.

Sur deux malades, opérés par Petrow, il note une guérison et une mort opératoire.

Bien d'autres méthodes ont été proposées en dehors de l'implantation uretéro-intestinale.

Watson, veut voir, dans la néphro-pyélostomie double, avec ligature des uretères le plus près possible du rein, une bonne méthode.

Rovsing, de Copenhague, considère comme méthode de choix l'uretérostomie double dans le triangle de I.-L. Petit. Il ligature les uretères au niveau de la vessie.

1. Petrow, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, mars 1910, p. 365-374.

Rovsing signale les avantages de cette opération comme il suit :

1° Elle permet de pratiquer l'extirpation de la vessie par voie aseptique, excluant la possibilité d'une infiltration d'urine et de l'infection par les fèces ;

2° Le grand danger d'une infection ascendante secondaire, qui suit l'implantation des uretères dans le rectum, dans l'S iliaque ou dans le vagin est éludé ;

3° En ce qui concerne la femme, elle a l'avantage sur la méthode de Pawlik de laisser la sphère génitale et sa fonction intacte. Rovsing note un succès opératoire, mais on ne sait rien sur le résultat éloigné.

Straus, qui opéra lui-même une femme d'après la méthode de Rovsing, croit que cette opération n'est pas à recommander. Straus attribue la mort de la malade qui s'ensuivit vite, à l'intervention même. Il estime le procédé beaucoup trop difficile à supporter par les malades, généralement exténués par leur maladie, par les hématuries et les douleurs.

Watson, de Boston, recommande une conduite particulière vis-à-vis des uretères. Il voudrait faire précéder la cystectomie totale, d'une double néphrostomie lombaire, avec ligature des uretères tout près du bassin.

Cette intervention serait pratiquée au moins vingt et un jours avant de toucher à la vessie.

Watson croit surmonter ainsi la plus grande difficulté opératoire, la dérivation des urines.

Du même coup le danger de l'implantation des uretères se trouve évité.

Watson estime que la mortalité d'une double néphrostomie ne peut dépasser 5 o/o, tandis que celle de l'abouchement urétéral s'élève à 20 o/o.

Nous rapportons dans ce travail 11 observations d'entéro-anastomose.

Un autre procédé, c'est : *l'abandon des uretères dans la plaie.*

Ce procédé fut employé une fois par Verhoogen. Après avoir pratiqué une extirpation totale de la vessie, Verhoogen tamponna la cavité ainsi obtenue en avant de l'utérus en y abandonnant les uretères. Ces derniers furent sectionnés presque à ras de leur insertion vésicale.

« Il s'est formé ainsi, dit Verhoogen, par suite des progrès de la cicatrisation, une large fistule par laquelle l'urine s'écoulait constamment. La malade a survécu six mois avec cette infirmité qui ne lui rendait pas l'existence fort agréable. »

Dans le cas de Kimmel, l'uretère gauche n'a pu être drainé. Le cas est assimilable à l'abandon de l'uretère dans la plaie. La malade est morte le lendemain.

Signalons le cas de M. Marion, dont nous donnons autre part l'observation complète, et dans lequel les uretères furent abandonnés dans la plaie ou plutôt dans la cavité restant après l'ablation de la vessie. Quelques semaines plus tard, quand on voulut aboucher les uretères dans l'intestin, on trouva ceux-ci

atteints d'urétérite et de péri-urétérite et considérablement augmentés de volume. La malade succomba environ deux mois après l'opération.

Suture des uretères à la peau

Au point de vue expérimental, cette greffe fut essayée par le Professeur Dastre. A la suite, il a vu survenir des accidents sérieux de pyélonéphrite. Ces expériences n'ont pas été publiées d'une façon plus complète. C'est dommage, car elles auraient certainement arrêté les chirurgiens.

Chez une malade de trente ans, Wassiljew implanta les uretères dans la plaie abdominale. Sept mois après l'opération on signale le bon état de la malade.

La malade de Verhoogen mourut cinq mois après, de récidence locale. L'observation n'est malheureusement pas publiée avec assez de détails.

La suture des uretères à la peau, dit Verhoogen, présente à peu près les mêmes inconvénients que leur abandon dans la plaie.

Suture des uretères à l'urètre

Ce procédé fut expérimenté par Schwartz à la clinique de Bassini. La formation d'une nouvelle vessie a été remarquée, à l'autopsie, aux dépens des parois urétérales. Les détails manquent.

Sonnenburg, dans des cas d'exstrophie de la vessie extirpa le réservoir urinaire en fixant les uretères dans l'urètre. On signale des malades ayant bien supporté l'opération, et dans un bon état plusieurs années après. Le Professeur Albarran (1) croit que cette opération est plus difficile et présente moins de chance de réussite que lorsque l'uretère est greffé sur la vessie même.

Une malade du Professeur Albarran, opérée de cette façon, est morte le lendemain de l'opération.

Abouchement des uretères dans le vagin

C'est la méthode de choix.

Le vagin est à même de répondre au but qu'on s'efforce de réaliser.

D'abord on crée par ce procédé un nouveau réservoir urinaire, ensuite on expose la malade aussi peu que possible à l'infection ascendante.

La méthode vaginale fut utilisée pour la première fois par Pawlik. Il sutura les parois vaginales avec l'urètre, ferma le vagin par colpocléisis, et obtint une cavité munie de sphincter. Cet abouchement fut pratiqué jusqu'ici dans 11 cas publiés, que nous rapportons, et dans celui de notre maître, M. Cunéo, d'ailleurs parfaitement réussi. Dans tous ces cas le résultat opératoire fut excellent. Les cas mortels que les auteurs ont eu à déplorer ne

1. Albarran, *les Tumeurs de la vessie*. Paris, 1892.

peuvent en aucune façon être imputés à la méthode.

Lloyd, Holmes, Rose ont voulu améliorer la méthode vaginale, en créant une fistule vésico-rectale ; Franck, de Chicago, par ses expériences, prouva la gravité considérable de ce procédé au point de vue de l'infection. Mann se prononce nettement pour l'abouchement vaginal.

Victor Pauchet pense qu'il faut aboucher les uretères dans le vagin et entend cette opération comme premier temps de la cystectomie totale.

Pour cet auteur, l'implantation des uretères devrait être précédée de l'introduction de deux sondes urétrales les plus larges possibles. La paroi antérieure du vagin, d'après lui, s'offre naturellement à l'abouchement, les bords latéraux étant peu accessibles à cause des vaisseaux. La paroi antérieure ne serait pas indiquée si cette anastomose produisait la suture de l'uretère. Dans ce dernier cas, Pauchet recommande la face postérieure. Enfin, si cette anastomose paraissait difficile à réaliser, il conseille de pratiquer l'hystérectomie et d'introduire les deux uretères en canons de fusil dans le dôme vaginal.

Nous ne croyons pas cette dernière opération nécessaire. Il faudrait éviter autant que possible de prolonger les séances opératoires. L'opération telle que nous l'entendons semble ne pas présenter de difficultés.

Le reproche de Rowsing, insistant sur le fait que la méthode vaginale porte une atteinte à la fonction génitale, ne peut pas, à notre sens, être pris en

considération. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de femmes âgées, ayant dépassé l'âge de la ménopause, ou se trouvant au voisinage de cette dernière.

Le cancer vésical a, semble-t-il, sa plus grande fréquence de cinquante à soixante ans.

Un autre grief, l'incontinence, nous paraît être une infirmité supportable. Dernièrement nous avons eu l'occasion de voir la malade opérée par notre maître, M. Cunéo

Cette femme internée à Brévannes y travaille, elle va et vient et on ne se doute pas de son infirmité.

Elle porte un appareil en caoutchouc, très simple, qu'elle doit évacuer toutes les quatre ou cinq heures.

Un fauteuil en bois, renfermant un vase, lui permet d'enlever l'appareil de temps en temps. Du reste l'appareil ne la gêne pas du tout.

Propre par tempérament, elle arrive, avec quelques soins hygiéniques supplémentaires, à ne pas sentir l'urine du tout. La peau n'est pas irritée non plus.

Une malade aisée pourrait rendre cet inconvénient encore moindre.

Signalons encore, à titre de renseignement, que l'urine dans ces conditions devient alcaline et présente des tendances lithiasiques (Straus).

DESCRIPTION

DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Procédé de Pawlik

(d'après Albarran) (1)

Premier temps. — Création d'une double fistule urétéro-vaginale.

Avec un spéculum de Simon, on introduisit par l'urètre une sonde métallique dans l'uretère. En se guidant sur la sonde, on incisa la paroi antérieure du vagin par laquelle on attira l'uretère ligaturé avec un fil de soie. L'uretère fut incisé longitudinalement sur une étendue de 1 centimètre, et la partie supérieure de cette incision suturée à l'extrémité inférieure de la plaie vaginale; on retira alors la sonde, et les fils de soie qui n'avaient été noués que très lâchement furent mieux assujettis. On sectionna l'uretère au-dessous et le reste de la suture fut soigneusement pratiqué pour réunir la muqueuse urétérale à la muqueuse vaginale. On appliqua le même procédé aux deux uretères : on introduisit ensuite des sondes en gomme dans les deux conduits,

1. Albarran, *Médecine opératoire des voies urinaires*.

et le liquide déversé par les cathéters fut recueilli dans un récipient contenant de l'eau phéniquée. Les sondes urétérales furent retirées quelques jours après.

Deuxième temps. — Extirpation de la vessie.

La vessie fut remplie avec une émulsion iodo-formée, et on fit une incision hypogastrique médiane et longitudinale de 10 centimètres de longueur. Par cette ouverture, la vessie fut mise à nu, disséquée et décortiquée du péritoine qui la recouvrait.

Lorsqu'elle fut isolée jusqu'à l'urètre, on la vida de son contenu, on tamponna la plaie hypogastrique pour arrêter l'hémorragie, et l'opération fut continuée par le vagin.

Une incision pratiquée sur le vagin immédiatement au-dessus de l'urètre laissa passer entre ses deux lèvres écartées le corps de la vessie dans l'intérieur du vagin. On sectionna ensuite la partie la plus profonde de l'urètre contre le col de la vessie, de manière à détacher complètement ce dernier organe qu'on retira par le vagin ; on plaça ensuite sur les urètres des sondes élastiques qui sortaient par l'urètre ; il fut procédé alors aux sutures qu'on fit de la façon suivante : la paroi antérieure du vagin fut réunie à la paroi antérieure de l'urètre, et la paroi postérieure réunie à la portion correspondante du canal. De cette manière, le vagin qui, depuis trois semaines déjà était en communication avec les urètres se trouvait maintenant en continuité avec

l'urètre et remplaçait la vessie dans son rôle de réservoir des urines (V. observation).

Procédé abdomino-vaginal.

(décrit par Albarran) (1),

Ce procédé comprend cinq temps, que voici :

Premier temps. — Incision du vagin et décollement de la vessie.

La femme étant en position gynécologique, on incise longitudinalement le vagin, depuis l'urètre jusqu'au cul-de-sac antérieur. On décolle ensuite sur les côtés et en haut la vessie du vagin.

Deuxième temps. — Section transversale de la paroi abdominale.

On sectionne en travers la peau et les muscles droits de l'abdomen au-dessus du pubis.

Troisième temps. — Dégagement de la vessie.

Après avoir décollé le péritoine de la vessie, on rejoint en arrière l'incision vaginale ; on coupe ensuite entre des pinces les ligaments pubo-vésicaux et les pédicules des artères vésicales inférieures.

Quatrième temps. — Section du col.

Une pince à traction saisit le fond de la vessie en passant par la plaie vaginale et retourne cet organe en faisant sortir son fond par le vagin.

1. Albarran, *Médecine opératoire des voies urinaires.*

Le col se trouve ainsi dégagé, ce qui permet de le sectionner soigneusement d'avant en arrière, au thermocautère, en fermant à même avec des pinces la cavité vésicale et en détruisant la muqueuse du col de la vessie.

Cinquième temps. — Fermeture de l'urètre, du vagin, de la paroi abdominale.

La vessie ayant été enlevée par le vagin, on ferme le moignon urétral par quelques points de catgut ; on suture ensuite le vagin et la paroi abdominale en établissant de chaque côté un double et large drainage.

Dans ce procédé on ne s'occupe pas des uretères ; c'est somme toute le deuxième temps d'une intervention, dont le premier temps consistait à pratiquer la dérivation des urines.

Procédé abdominal

(d'après Albarran)

Dans ce procédé on ne fait pas d'ouverture du vagin, car elle pourrait présenter quelques inconvénients, quant à l'asepsie rigoureuse de la plaie.

On extirpe la vessie en totalité en se servant d'une simple incision de la taille transversale.

Arrivé au-dessous du péritoine, on décolle avec les doigts ou avec la pointe des ciseaux fermés la vessie de la paroi vaginale.

Ce décollement de la paroi postérieure de la vessie

se fait plus facilement chez la femme que chez l'homme.

Pour aborder la vessie, il existe deux grandes méthodes :

La cystectomie extra-péritonéale et la cystectomie intra-péritonéale.

Résection extra-péritonéale.

L'inconvénient de cette méthode est la blessure possible de la séreuse péritonéale. La paroi antéro-supérieure de la vessie étant indépendante ; les parois latérales n'adhérant pas à la séreuse ; une grande partie de la vessie peut être abordée par la voie extra-péritonéale.

La difficulté de décortication siège au niveau de la paroi postérieure de la vessie, qui contracte des rapports intimes avec le péritoine.

En effet, à cet endroit les connexions sont d'une solidité telle que la déchirure du péritoine semble inévitable.

Le Professeur Delbet dans sa thèse (1) étudia les rapports de la séreuse et de la vessie. Il affirme que le péritoine adhère à la vessie par toute l'étendue de sa surface.

Le professeur Albarran admet comme points de fixation surtout les culs-de-sac.

1. Pierre Delbet, thèse de Paris, 1895.

Aux points de reflexion du péritoine sur la vessie, on connaît l'existence des brides celluluses qui se jettent d'autre part sur la vessie. C'est le décollement de ces fibres qui présente parfois des difficultés et occasionne souvent des dégâts.

L'incertitude des rapports que contracte la vessie avec le péritoine, engage à la plus grande prudence et nous croyons préférable d'ouvrir le péritoine de propos délibéré, sachant ce qu'on fait, que de risquer une blessure, dont on ne peut pas prévoir les limites.

Résection intra-péritonéale

On signale des mauvais résultats de cette méthode.

La malade de Sonnenburg n'ayant survécu que cinq semaines (c'est pourtant un succès opératoire).

Dans le cas de Bruce Clarke, la mort survint au bout de deux jours ; dans celui de Dittel le septième jour.

La complication à redouter dans ce procédé étant la péritonite traumatique, il suffit de se mettre dans les conditions voulues d'asepsie stricte, pour éliminer autant que possible la chance d'infection.

Nous disions déjà qu'il était de toute importance de s'abstenir de longues manipulations, et de s'efforcer de simplifier l'opération.

Les différents auteurs s'ingénient à compliquer les interventions par des manœuvres complètement inu-

tiles, donnant comme tout bénéfice un plus grand shock opératoire.

A ce genre de pratique se rattache la méthode de la « Fenêtre pubio-hypogastrique » de Clado, dans la méthode d'Helferich, dont la précédente n'est qu'une modification, la section du pubis est moins étendue.

En outre la symphyséotomie pratiquée par MM. Tuffier et Albarran, MM. Albarran et Duplessis dans la thèse de 1892 conseillent pour avoir plus de jour, un écartement de 4 à 4 cm. 1/2.

Clado dans ses expériences sur le cadavre produisait tous jours avec cet écartement la disjonction sacro-iliaque et la lésion du plexus de Santorini.

Mann entend la cystectomie totale de la façon suivante :

L'opération est pratiquée dans la position de Treudelenburg. Le péritoine vésical étant sectionné, la vessie est énuclée au doigt et extirpée en bloc avec la paroi antérieure du vagin. On enlève alors l'utérus et on ferme le péritoine au-dessus du plancher pelvien.

Les uretères n'exigent pas une attention spéciale pendant l'opération de Mann puisque l'extirpation d'une portion de la paroi vaginale antérieure détermine l'écoulement des urines dans le vagin.

L'orifice urétéral doit être, autant que possible, conservée intacte. C'est rarement réalisable.

Nous pensons que l'hystérectomie de parti pris, même quand l'utérus est intact, n'est pas du tout nécessaire.

Pauchet (1), donne sa conception de la cystectomie totale, après avoir eu à déplorer un mauvais résultat grâce à l'abouchement intestinal :

Premier temps. — Laparatomie médiane, débriement des deux grands droits au ras du pubis. Ouverture du péritoine.

Recherche des deux uretères. Ligature des deux artères hypogastriques. Dissection des uretères et section de ces derniers au ras de la vessie. Implantation des uretères dans le vagin.

Profitant de la laparotomie, on décollera le péritoine périvésical préalablement incisé et on suturera l'une à l'autre les portions latérales du péritoine pelvien, de façon à amorcer la future réaction de la vessie; l'opérateur établit ainsi d'avance une nouvelle lame de péritonisation.

Le deuxième temps sera exécuté deux, trois ou quatre semaines plus tard; on extirpera la vessie par le vagin et on fermera ce vagin qui communiquera avec l'urètre.

Pour pratiquer l'extirpation de la vessie, on incisera la paroi antérieure du vagin, et on sectionnera le col vésical de façon à aménager la plus grande partie du sphincter. La vessie sera alors décollée avec les ciseaux et les doigts. Grâce à la ligature des hypogastriques et malgré la circulation complémentaire survenue depuis l'intervention, l'écoulement sanguin sera faible.

1. Pauchet, *Rev. prat. des mal. des org. gén. urin.*, 1908-1909, p. 8.

Si cet écoulement était trop abondant il faudrait remettre la fermeture du vagin à une date ultérieure (troisième temps).

Il nous semble qu'il ne soit pas absolument nécessaire que les deux temps de cette opération se fassent à un intervalle aussi grand. L'opération rationnellement conduite, peut très bien être exécutée dans une seule séance, sans que la malade en soit trop traumatisée.

La ligature des deux artères hypogastriques nous paraît une manœuvre superflue. Il s'agit dans la plupart des cas, de malades anémiées, exténuées, et la possibilité d'hémorragie au moment d'extirpation de la vessie est peu probable.

En, revanche cette ligature chez une malade anémiée pourrait avoir quelques inconvénients, au point de vue du rétablissement de la circulation dans les territoires correspondants.

Nous ne voudrions pas entrer encore une fois dans les mêmes considérations; disons simplement que toujours et partout, on retrouve les mêmes conditions indispensables pour la réussite de l'intervention: diagnostic précoce, opération radicale.

Sans vouloir nous écarter du plan adopté pour ce travail, nous croyons intéressant de noter une idée nouvelle qui a trait au diagnostic.

C'est la « biopsie des tumeurs vésicales » proposée par Luys (1) récemment.

1. Luys, *la Clinique*, 3 mars 1911.

C'est surtout important dans les cas d'hésitation. Pratiquée chaque fois qu'une tumeur vésicale se présente, elle pourrait déterminer les chirurgiens à des opérations plus radicales.

TECHNIQUE DE LA CYSTECTOMIE TOTALE
CHEZ LA FEMME

(Conduite adoptée par M. Bernard Cunéo)

*Extirpation totale de la vessie par la
voie vulvo-abdominale*

L'opération comprend deux temps : l'un vulvaire, l'autre abdominal.

Premier temps. — On pratique une incision transversale à la partie inférieure du vestibule, en arrière de l'orifice externe de l'urètre. Cette incision se recourbe latéralement en dedans des petites lèvres, le long de l'orifice du vagin et s'arrête à l'union de la partie moyenne de cet orifice.

Cette incision permet de séparer l'urètre, puis la paroi antérieure du vagin.

En haut cette séparation est poussée jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Latéralement elle est étendue aussi loin que possible.

Deuxième temps. — La malade est dans la position de Trendelenburg. On bourre la vessie de gaze par l'orifice de la cystostomie ; on ouvre le ventre au-dessus de cet orifice, par une incision médiane sus-ombilicale.

On ouvre largement le péritoine, on récline et on protège avec soin le paquet intestinale.

L'utérus saisi par une pince à traction est attiré en haut et en arrière.

La vessie se trouve ainsi bien à découvert.

On incise transversalement le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

Des deux extrémités de cette incision transversale on fait partir deux autres incisions sagittales, se recourbant en avant et en dedans et venant se rejoindre au niveau du sommet de la vessie.

Ainsi se trouve dessiné un lambeau médian qu'on laisse adhérent à la vessie et deux lambeaux latéraux qui sont disséqués et rejetés en dehors. Cette dissection ouvre largement les deux espaces latéro-vésicaux et découvre les vaisseaux vésicaux.

Ligature des vaisseaux

On lie successivement les deux artères ombilicales à leur origine.

On isole ensuite les deux uretères et au cours de cet isolement on lie et on sectionne les branches vésicales de l'artère utérine.

Cystectomie proprement dite

On sépare la vessie des uretères, en sectionnant ces derniers au ras de la vessie.

Ce n'est qu'après avoir terminé l'hémostase, que l'on isole l'orifice de la cystostomie et qu'on détache la vessie de la paroi abdominale antérieure. La vessie ne tient plus alors que par ses connexions avec l'urètre qui est sectionné d'un coup de ciseaux.

Abouchement des uretères

On abouche les deux uretères dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Pour cela on introduit une sonde dans chacun d'eux. Puis on ouvre le cul-de-sac antérieur du vagin.

Les deux uretères accolés l'un à l'autre sont introduits dans l'orifice pratiqué au vagin. On fixe les uretères par quelques points à cet orifice, qui est ensuite retréci.

Fermeture du péritoine. — Drainage

Le péritoine est ensuite soigneusement refermé.

La loge vésicale est drainée :

1° Par un tube, passant par le décollement inter-méto-vaginal.

2° Par un drain introduit par la partie inférieure de l'incision abdominale.

Traitement post-opératoire

Ce traitement ne présente rien de bien spécial.

Il est bon de faire une injection de sérum artificiel.

Il faut surtout surveiller la malade au point de vue de l'écoulement des urines et du drainage.

On dispose dans le lit un urinal, désinfecté préalablement, et contenant un antiseptique assez fort, quelconque. Les extrémités des sondes urétérales sont placées dans cet urinal.

On surveille en outre la température de la malade et le pouls.

Si tout va bien, si l'infection de la loge vésicale, qui se manifeste par un écoulement séro-purulent, n'est pas grande, on peut enlever les sondes urétérales vers le cinquième jour.

Les fils seront enlevés du huitième au dixième jour (1).

Opération complémentaire

Pour faciliter le port d'un appareil destiné à recueillir les urines s'écoulant par la vulve, on peut rétrécir l'orifice vulvaire et constituer à l'aide de petites lèvres

1. Trendelenburg conseille le décubitus ventral après les opérations par voie hypogastrique dans le but de favoriser le drainage.

une sorte d'appendice tubulé, qui aurait pu s'introduire dans l'orifice de l'appareil.

On procède à un avivement portant sur la face interne des petites lèvres.

Ces deux replis sont suturés l'un à l'autre en avant et en arrière.

On laisse à la partie moyenne un orifice du diamètre d'un médius.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Nous avons pu réunir dans ce travail 31 observations de cystectomie totale chez la femme.

Il nous paraît intéressant de présenter un résumé ayant trait aux résultats obtenus, pour donner une vue d'ensemble.

NOM DU CHIRURGIEN	AGE	NATURE DE L'AFFECTION	PROCÉDÉ D'ABOUCHEMENT DES URETÈRES	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
Pawlik	57	Epithélioma	Dans le vagin	Guérison	en vie 18 ans après
Zeller	56	Carcinome	Dans le vagin	+ 20 h. collapsus (hémorragie opératoire)	
Mann	—	Carcinome	Dans le vagin Hystérectomie	Guérison	manque
—	—	Carcinome	Dans le vagin Hystérectomie	Guérison	manque
Robson	42	Carcinome	Dans le vagin	+ 13 jours, urémie (pyélonéphrite pré- existante)	
Kosinski	—	Carcinome de l'utérus propagé à la vessie	Dans le vagin	Guérison	manque
Laphthorn-Smith	—	Tumeur maligne	Dans le vagin	Mort opératoire	
Seidel	56	Carcinome	Dans le vagin	Guérison	en vie 6 mois après
Pollosson	58	Epithélioma atypique	Dans le vagin Hystérectomie	+ 13 j., complications pulmonaires (Déchirure de la vessie)	
—	65	Epithélioma atypique	Dans le vagin Hystérectomie de Wertheim	Guérison (Suppuration sphacèle)	+ 55 jours après
Wellaminoff	45	Epithélioma	Dans le vagin	+ 8 j. (septicémie)	
Cunéo	50	Epithélioma tubulé	Dans le vagin	Guérison	en vie env. 2 ans après
Kronig	—	Sarcome de l'utérus et paroi ant. du vagin propagé à la vessie et l'urètre	Dans le rectum	Guérison	en vie 4 mois après
Bouffart	28	Cancer vésico-utérin	Dans le rectum	Guérison	en vie 2 ans 4 mois

Giordano	—	Carcinome propagé à l'utérus	Dans l'S iliaque Hystérectomie Néphrotomie droite Symphyséotomie Ligat. de l'hypogastrique	+ 10 heures après pyélonéphrite Sarcome propagé à l'utérus	
—	—	Sarcome propagé à l'utérus	Dans l'S iliaque Hystérectomie	+ 12 jours, urémie	
Garré	44	Cancer colloïde Vessie extrophée	Dans l'S iliaque	+ 9 jours, urétéro-pyélonéphrite	
Lindner	62	Carcinome	Dans le colon transverse et l'S iliaque	Mort	
Trendelenburg	22	Tuberculose	Dans l'S iliaque	Guérison	en vie 7 mois après
Hartley	18	Tuberculose	Dans le rectum	Guérison	en vie 7 mois après
Wassiliew	30	Carcinome	Plaie abdominale	Guérison	en vie 7 mois après
Verhoogen	34	Carcinome	Plaie abdominale	Guérison	+ 5 après récidive locale
—	70	Cancer	Cœcum et colon	+ 3 jours, shock	
Kümmel	60	Cancer	L'uretère droit abouché dans l'uretère, l'uretère gauche n'a pu être drainé	+ le lendemain collapsus	
Marion	—	Épithélioma allantodien	Abandonnés dans la plaie	+ 3 mois, urétérite	
Rovsing	34	Tumeurs villeuses multiples	A la peau Uréterostomie lombaire	Guérison	manque
Straus	59	Carcinome	A la peau Uréterostomie lombaire	+ 2 jour, urémie	
Albarran	51	Tumeur maligne	Dans le col vésical Symphyséotomie	+ le lendemain (Hémorragie opératoire)	
Mac Cosh	—	Cancer	Abandonnés dans le bassin	Guérison	pas de récidive 2 mois plus tard
Chalon	45	Cancer vésico-utérin	Dans le rectum	Guérison	en vie 1 an après

CONCLUSIONS

1° Une méthode curative du cancer, n'existant pas jusqu'à présent, tout cancer accessible doit être traité chirurgicalement ;

2° L'ablation totale de la vessie étant compatible avec la vie, la cystectomie totale est une opération physiologiquement permise ;

3° Cette opération trouve son indication dans tous les cas de néoplasmes ayant envahi, soit le trigone, soit la plus grande partie de la vessie, soit la totalité de la surface vésicale ; enfin dans les cas de tumeurs ayant dépassé la muqueuse vésicale et intéressé la musculaire ;

4° La cystectomie totale chez la femme est une intervention pouvant donner de bons résultats ;

5° La meilleure méthode d'abouchement des uretères semble être la méthode vaginale ; les uretères seront implantés dans le cul-de-sac antérieur du vagin ;

6° La technique opératoire de la cystectomie totale chez la femme par voie vulvo-abdominale, pratiquée par notre maître, M. Cunéo, ayant donné un bon résultat, nous paraît recommandable.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de thèse,
HARTMANN

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN (J.). — Les Tumeurs de la vessie. Paris, 1891.
— Médecine opératoire des voies urinaires. Paris, 1909.
— Indications opératoires dans le traitement de la vessie. Ass. française d'Urologie, 178, 1905.
- ALESSANDRI. — Refer in Folia Urologica, n. 4, 145, 1909.
- ANZILOTTI. — Sulla resezione della vesica (Clin. med. Pisa, 97-99, 1898).
- BARDENHEUER. — Totalexstirpation der Harnblase (Centralblatt für Chirurgie, avril 1891, Beilage).
- BARLING. — The removal of the urinary bladder (American Journal of Med. Science., 1893).
- BAZY. — Revue de l'Internat de médecine et chirurgie. Paris, 18, 201-203, 1907.
— Indications et résultats opératoires dans le traitement de la vessie. Ass. française d'Urologie, 242, 1905.
- BEHLA (Robert). — Die Carcinomliteratur. Berlin, 1901. Verlag R. Schöelz.
- BENSA. — De l'Extirpation totale de la vessie. Thèse de Paris, 1896.
- BERG (A.). — Beitrag zur radikalen Operation bössartiger Neubildungen der Blase (Centralblatt für Chirurgie. Leipzig, 31, 64, 417, 1904).
- BLUM. — Zur Pathologie und Therapie der Blasentumoren (Zeitschrift f. Urologie, III, 2, 1909).
- BOARI. — Chirurgia dell'Uretere. Rome, 1900.
- BROHL. — Die Exstirpation der Harnblase und die Totalex-
- J. Szper

- cision der Blasenschleimhaut (Wiener Med Presse, XXX, 1889).
- CABOT. — Surgical treatment of cancer of the Bladder (Boston Med Journal, 21 janvier 1909).
- CARLIER. — Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie (Nord médical. Lille, VII, 92, 1900).
- Indications opératoires dans le traitement de la vessie. Assoc. franç. d'Urologie, 254, 1905.
- CASPER. — Zur Therapie der Blasengeschwülste (Centralblatt f. Chirurgie, 352, 1905).
- CECI. — Sulla rosezione della vesica urinaria (Riforma Medica, 1887).
- CHAPUT. — De l'Abouchement des uretères dans l'intestin (Archives générales de médecine, 1894).
- CLADO. — De la Résection de la vessie pour tumeurs (Arch. génér. de médecine. Paris, II, 272, 1894).
- Traité des tumeurs de la vessie. Paris, 1895.
- COHEN. — Casuistik der Plasentumoren (Virchow Archiv., 113).
- COMBES. — Contribution à l'étude des résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Thèse de Toulouse, 1899.
- DESNOS. — Indications opératoires dans le traitement de la vessie (Ass. française d'Urologie, 28, 1905).
- DESNOS et MINET. — Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1909.
- DRUCKBERT. — La Dérivation des urines par l'intestin (Arch. prov. de Chirurgie, mai-juin 1902).
- FENWICK. — The value of bilateral ureterostomy (British medical journal, 4 july, 1908).
- FISCHER et ADOLF. — Über Blasenexstirpation (Langen-deek's. Archiv., XXVII, 1882.)
- FOWLER. — Tumors of the bladder (American journal of the medical science, marz 1898).
- FRISCH. — Statistique Wiener Klinische Wochenschrift, 1894.

FRISTEL et ZUCKERHANDL. — Handbuch der Urologie.
Wien, 1904.

GUYON (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, Baillière, 1903.

— Néoplasmes de la vessie, diagnostic et indications opératoires (Gaz. des hôpitaux, 313, 321. Toulouse, 1889.

— Sur les Tumeurs de la vessie (Journal de méd. et chir. prat. Paris, LXI, 251, 1890).

— De l'Intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie (Ann. des mal. des org. gén. ur., II, 141, Paris, 1884).

— Sur le Diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie (Congrès franç. de chirurgie, 1886, II, 569-583. Paris, 1887.)

GLUCK et ZELLER. — Zur Nachbehandlung der Ureteren nach Exstirpation vesicæ (Berliner Klin. Wochenschrift, 1881. — Langenbeck's Archiv, 1881. — Stricker's med. Jahrbuch, octobre 1881).

GOLDBERG. — Centr. für die Krahkl. d. Harn, u. Sex. Org, Heft 9, 1894.

GOLDENBERG. — Ueber die Totalexstirpation der Harnblaxe Beitrag f. Klin. Chirurgie. Thubingen, v. XLIV, 1904.

HARTLEY (F.). — Exstirpation of the urinary bladder Medical News. New-York, LXXXIII, 1903.

HERCZEL (von). — Blasenresection. Pester (Med. Chir. Presse, Budapest, XLI, 1905).

HERMIER DES PLANTES (L'). — Quelques observations de tumeurs de la vessie. Thèse de Lyon, 1909.

HUNTLEY. — Surgery of the Bladder and Urethra with a Report of four cases (International Journal of Surgery, III, February, 1909.)

JACOBS. — Statistique Journal de Médecine et de Chirurgie, Bruxelles, 1888.

KEEF. — Traitement chirurgical des tumeurs de la vessie (American Journal of Obstétrics and Diseases of Women and Children, LX, novembre 1909).

- KEYDEL. — Statistische Beurteilung der Chirurgischen Behandlung der Blasengeschwülste (Centr. f. Krantch. de Harn, u. Sex. Org, 289, 1906).
- KRYNSKI. — Expérimentation (Centralblatt f. Chirurgie, 1896).
- KUMMEL. — Ueber Geschwülste der Harnblase ihre Prognose u. Therapie (Berliner Klinik, v. 47, 1892; LIX, 1893).
- KUTTNER. — Extirpation de la vessie pour papillomatose récidivante (Allgemeine Med. Zentral-Zeitung, LVIII, août 1909).
- LAURENS DE LA BARRE (DU). — Cystectomie totale chez la femme dans les cancers de la vessie. Thèse de Lyon, 1910.
- LEGUEU (F.). — Traitement du cancer de l'appareil urinaire. Congrès International de Chirurgie. Bruxelles, 1908.
- Rapport sur une Obs. de cystectomie totale (Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, XXXIV, 1141, 1908).
- LEGUEU (F.). — Traité chirurgical d'Urologie. Paris, 1910.
- LEWENHARDT. — Zur Behandlung der Blasengeschwülste (Centr. f. d. Krankh. d. Harn. n. Sex. Org. Leipzig, XII, 1901).
- LUCCIARDI. — Considérations sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Thèse de Bordeaux, 1895.
- LUYS (Georges). — Traitement des tumeurs de la vessie (la Clinique, VI, 9, 3 mars 1911).
- MALHERBE. — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Assoc. française d'Urologie. Paris, 1899.
- MANN. — Cystectomie totale (Buffalo med. Journal, 1901. — Centralblatt f. Chirurgie, 1901).
- MATTHIAS (F.). — Zur Resection der Harnblase wegen maligner Tumoren (Beitrag z. Klin. Chirurgie, XXXVI, 1904).

- MIROTWORTZEFF. — Ureterenüberpflanzung in de Darm (Inaug. Dissert. Saint-Pétersbourg, 1909).
- MODLINSKY. — Chirurgie der Blasengeschwülste (Inaug. Dissert. Moskou, 1899).
- MORESTIN (H.). — Greffe des uretères dans le rectum (Annales des maladies génito-urinaires, 1893).
- NICOLICH. — Tumeurs de la vessie (Annales des maladies des organes génito-urinaires, VI, 635, 1888).
- NITZE. — Handbuch der Praktischen Chirurgie. Stuttgart, 1903.
- NOVARO. — Bull. médical, 1887.
- ONORATO. — Refer. in Folio Urologiæ, IV, 1909.
- PAPIN. — De l'implantation des uretères dans l'intestin (Journal de Chirurgie, 197, 1908).
- PASTEAU (Octave). — État du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate. Thèse de Paris, 1898.
- PAUCHET (V.). — Cystectomie totale. (Arch. prov. de Chirurgie. Décembre 1907).
- PAWLIK. — Ueber Blasenexstirpation (Wiener Med. Wochenschrift, 1891, XLI, 1814).
- PÉTROFF. — Cystectomie totale. (Chirurgiia, 1900, n° 160).
- POLOSSON. — Cancer du col de l'utérus propagé à la vessie et aux uretères.
- POSNER (C.). — Der Urogenitalkrebs in seiner Bedeutung für das Krebsproblem. Zeitschrift f. Krebsforschung Jena 1904. Ueber Blasengeschwülste (Deutsche Klinik, Berlin, Wien, X, 1895).
- POUSSON. — Thèse de Paris, 1884. Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie. (Ann. des mal. des org. gén.-urinaires, 1895).
- Précis des maladies des voies urinaires. Paris, 1899.
- RAFIN. — Indications et résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Assoc. française d'urologie. Paris, octobre 1905.
- REED. — Implantation of the ureters into the rectum (Annals of Surgery, XV, 1893).

- SONEIRA. — L'Implantation des uretères dans le colon. Thèse de Paris, 1899.
- SPANNAUS. — Sur la Manière de traiter l'uretère après extirpation de la vessie (Zentralblat f. Chirurgie, 18 février 1910).
- TICHOW. — Ureteren überpflanzung Inaug. Dissert. Beres-niegowski Tomsk, 1908.
- TREPLIN. — Ueber die Resultate der Chirurgischen Behandlung der Blasentumoren (Deutsche Med. Wochenschrift. XIX, 1906).
- TURETTA. — Extirpazione della vesica urinaria (Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 1898).
- VERHOOGEN et DE GRAUWE. — Extirpation totale de la vessie (Journal médical de Bruxelles, 21 avril 1910).
- VOUTERS. — De l'Intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Thèse de Bordeaux, 1906.
- WALLACE. — Some notes upon the treatment of the bladder (American Journal of Urology. Décembre 1905).
- WALTON-MARTIN. — Annals of Surgery. LI, janvier 1910.
- WATSON. — The Operative treatment of tumours of the Bladder (Annals of Surgery, décembre 1905).
- WENDEL. — Ueber die Extirpation à Resection der Blase bei Krebs (Beitragz. Klin. Chirurgie, 1898, XXII).
- WINIWARTER. — Die Fortschritte der Blasen Chirurgie (Allgemeine Medizin. Centralzeitung, LVIII, 1887).
- WOLFF-HERMANN. — Technik à Indikation der Blasenextirpation. Inaug. Dissert. Leipzig, 1901.
- ZEPHIROFF. — Étude sur les tumeurs de la vessie (Chirurgia, février 1909).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préambule.	9
I. — Introduction.	11
II — Justification de l'opération.	15
a) Preuves expérimentales	15
b) Preuves cliniques.	18
III. — Conditions différentes chez l'homme et chez la femme.	73
IV. — Indications et contre-indications.	75
V. — Dérivation des urines.	83
VI. — Description des différents procédés opératoires.	98
a) Procédé de Pawlik.	98
b) Procédé abdomino-vaginal.	100
c) Procédé abdominal.	101
d) Cystectomie extra-péritonéale.	102
e) Cystectomie intra-péritonéale.	103
f) Cystectomie totale par voie vulvo-abdominale (technique adoptée par M. Bernard Cunéo).	107
VII. — Résultats opératoires.	111
VIII. — Conclusions.	115
IX. — Bibliographie.	117

